ANNÉE 1915 — # THÈSE N° —

PRÉSENTÉE POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
(MENTION MÉDECINE)

PAR

Mme GRUTZHAENDLER, née INDELSON-Frouma-Liba
Née à Kieff (Russie), le 3 septembre 1888

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TROUBLES SENSITIVO-MOTEURS
HYSTÉRO-TRAUMATIQUES
observés à l'occasion de la guerre 1914-1915

Président : M. GILBERT, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VIe)
—
1915

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	PIERRE MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	AUGUSTE BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	N.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU N. HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR COUVELAIRE RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN
Hygiène clinique de la première enfance	MARFAN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
BRUMPT	LABBE (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
		OMBREDANNE	TIFFENEAU
	IT	RATHERY	VILLARET
		RETTERER	ZIMMERN
	LET	RIBIERRE	
		RICHAUD	

…u 9 décembre 1798, l'École a arrêté que … dissertations qui lui seront présentées, …e propres à leurs auteurs et qu'elle n'en… robation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE
DE MON CHER PÈRE

Souvenir tendre et affectueux de sa haute conscience.

A MA CHÈRE MÈRE BIEN-AIMÉE

Témoignage de profonde admiration, d'estime et de tendre amour filial pour son grand cœur et sa vie d'abnégation absolue, donnée tout entière à ses enfants et à son prochain.

A MON CHER MARI BIEN-AIMÉ

A MA CHÈRE TANTE MADAME TONIA SCHIFRIN

Témoignage de véritable affection filiale et de gratitude profonde pour sa tendre sollicitude et son soutien moral pendant mes années d'études en France.

A MON ONCLE LÉON SCHIFRIN

Témoignage d'affection.

A MES CHERS SŒURS

A MES CHERS FRÈRES

A MES BEAUX-PARENTS

Témoignage d'affection et d'estime.

A MA BELLE-SŒUR

A MON BEAU-FRÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE ET MON CHER MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT

Professeur de Clinique médicale à l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de Médecine

Témoignage respectueux de gratitude profonde pour son enseignement précieux fait à l'Hôtel-Dieu.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A LA MÉMOIRE RESPECTÉE DE MON CHER MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL RECLUS

Souvenir reconnaissant et affectueux.

A MON MAITRE MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT

A MON MAITRE M. LE PROFESSEUR KIRMISSON

A MON MAITRE MONSIEUR LE PROFESSEUR BAR

A MON MAITRE M. LE PROFESSEUR MARFAN

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ROUSSY

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TROUBLES SENSITIVO-MOTEURS

HYSTÉRO-TRAUMATIQUES

Observés à l'occasion de la guerre 1914-1915

PRÉFACE

Depuis le mois d'octobre 1914, nous avons eu l'honneur de faire fonction d'interne dans le service de notre maître, M. le Dr G. Roussy, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, médecin en chef de l'hospice Paul-Brousse à Villejuif. Le Service de Santé militaire a réquisitionné 120 lits de cet établissement pour créer un service de neuropathologie de guerre.

L'hospice ne possédant pas l'installation nécessaire à cet effet, M. le Dr Roussy fit aménager aussitôt une salle de radiographie, une salle d'électrothérapie servant en même temps pour la rééducation physique des impotents hystériques ; enfin, une salle de massage.

En même temps, tout le deuxième étage de l'infir-

merie (contenant des petites chambres) et les chambres situées entre les salles du premier étage furent désignées pour l'isolement des malades hystériques.

Grâce à cette installation complète, nous étions à même d'avoir des renseignements très précis au sujet de chacun de nos malades.

Chaque entrant est examiné aussitôt par le chef du service.

Une fois le diagnostic d'hystérie posé, le malade est isolé dans une des chambres désignées à cet effet. On pratique la psychothérapie et en même temps on fait la rééducation des mouvements.

Ce traitement physique est confié à M. le Dr Vurpas, chef d'un service de psychiâtrie à Bicêtre, qui fut désigné à Paul-Brousse par l'autorité du Service de Santé militaire.

Dès le début, avec les malades organiques, nous sont parvenus quelques hystériques très facilement dépistés ; cependant leur proportion n'était pas considérable ; mais, à mesure que la guerre avançait, leur nombre croissait de plus en plus et actuellement notre étude porte sur 32 cas d'hystéro-traumatisme.

Depuis longtemps déjà, notre maître, M. le professeur agrégé Roussy, a attiré notre attention sur l'intérêt de la question et nous l'a suggérée comme sujet de notre thèse. Nous avons donc suivi nos malades pas à pas dès le début de leur entrée dans le service, pour certains, jusqu'à leur guérison complète.

C'est surtout en comparant les symptômes présentés par les malades porteurs d'affections ner-

veuses organiques et ceux présentés par les manifestations hystériques similaires, que nous avons appris à reconnaître et à diagnostiquer ces dernières.

Qu'ils nous soit permis d'exprimer ici à notre maître, M. le profeseeur agrégé Roussy, toute la gratitude profonde que nous lui devons, aussi bien pour son enseignement précieux fait à la chaire d'Anatomie pathologique de la Faculté et pendant notre séjour dans son service de Neurologie, que pour les conseils éclairés qu'il a bien voulu nous prodiguer au cours de notre travail.

Nous avons été guidée également par M. le Dr Vurpas, qui a bien voulu nous exposer très aimablement les principes de sa méthode de rééducation motrice. Nous le prions d'agréer l'assurance de nos remerciments respectueux.

INTRODUCTION

La guerre actuelle, avec sa violence extrême, ses engins redoutables, ses conditions si particulières qui la rendent toute différente des guerres précédentes, n'a pu que par trop favoriser l'apparition des manifestations hystériques. On est frappé, effectivement, de la masse énorme de soldats, blessés ou non, qui ont été mis dans cet état d'infériorité psychique et fonctionnelle, aussi bien chez des sujets prédisposés, à passé névropathique chargé, que chez d'autres qui n'ont jamais été entachés de nervosisme.

Une occasion excellente se présente donc actuellement pour les neurologistes de revoir la question de l'hystéro-traumatisme et d'en éclairer certains côtés.

La guerre n'a évidemment rien changé à la physionomie de l'hystérie et ses formes cliniques restent toujours les mêmes.

Nous avons observé toutes les variétés de manifestations pithiatiques motrices, décrites par les auteurs : paraplégies, contractures diverses, trem-

blements, troubles de la station et de la marche (astasie-abasie), chorée, etc.

Les anesthésies en forme de gant, de brodequin, de gigot, etc., se rencontrent également, surtout greffées sur des impotences motrices hystériques.

Cependant, il y a certains faits qu'il sera intéressant de signaler. Ainsi, jamais auparavant on n'a observé ces associations de manifestations hystériques aux troubles mentaux, principalement à la mélancolie, comme les cas se présentent maintenant assez fréquemment. Jamais le nombre des névrosés de guerre n'a atteint ce chiffre énorme (42 o/o d'après Grasset) qu'on voit actuellement et ainsi de suite.

Nous avons pu observer et suivre tous les cas d'hystéro-traumatisme qui se sont présentés dans le service de notre maître, M. le professeur agrégé Roussy, et il nous a paru intéressant d'exposer dans notre thèse inaugurale les quelques notions étiologiques, diagnostiques et thérapeutiques que nous avons acquises à ce sujet.

HISTORIQUE

L'étude de l'hystéro-traumatisme fut inaugurée par une série de recherches sur les accidents nerveux succédant aux collisions de chemin de fer (railway brain, railway-spine des auteurs anglais). Certains auteurs (Grasset en France, Strumpell en Allemagne) exagérant l'importance de la notion étiologique, soutinrent la doctrine d'une maladie spéciale (organique pour Oppenheim) qu'ils dénommaient la névrose traumatique.

L'école de la Salpêtrière: Charcot et ses élèves (Charcot, *Leçons cliniques*, 1885-1889 ; Gille de la Tourette, *Traité de l'hystérie*, t. I, p. 80 et suiv.) affirmèrent, au contraire, que ces troubles nerveux ne diffèrent en rien des symptômes habituels de l'hystérie ; ils montrèrent que cette névrose est particulièrement fréquente dans le groupe des traumatisés, mais se retrouve également chez les individus indemnes de tout traumatisme et aucun fait n'autorise la création d'une espèce nosographique nouvelle. Cette dernière doctrine a prévalu et actuellement les dénominations, hystérie et hystéro-trau-

matisme sont considérées comme synonymes. Le dogme de l'hystérie une et indivisible avec ses stygmates définis, ses manifestations viscérales, trophiques, thermiques, etc., telle que l'a décrite Charcot, a été fortement ébranlé dans le cours de ces dernières années.

Cette décadence de l'hystérie comme entité morbide est due aux efforts des analystes qui ont démontré la prépondérance de l'élément psychique dans la genèse des phénomènes hystériques. Quoique ce mouvement ait débuté encore dans le dernier quart du XIXe siècle, néanmoins c'est surtout ces quinze dernières années qui ont marqué pour l'hystérie une phase nouvelle et importante.

Le 7 novembre 1901, Babinski fait sa communication à la Société de Neurologie de Paris sur le rôle de la suggestion dans l'hystérie. Dans son premier travail d'ensemble sur la délimitation de l'hystérie, qui paraît aussitôt après la communication, Babinski démontre que les fameux stigmates (rétrécissement du champ visuel, hémianesthésie, zones hystérogènes) n'existent pas chez les hystériques primitivement ; ils n'apparaissent que sous l'influence de la suggestion médicale. L'hystérie est définie comme *un état pathologique se manifestant par des troubles qu'il est possible de reproduire par suggestion chez certains sujets avec exactitude parfaite et qui sont susceptibles de disparaître sous l'influence de la persuasion (contre-suggestion) seule.* Il nie toute existence des troubles trophiques, vaso-moteurs,

viscéraux, en démontrant que ces manifestations ne sont que la conséquence de la supercherie des malades.

Le professeur Bernheim de Nancy, dans son article : *Conception nouvelle et étiologie de l'hystérie* (*Bulletin médical* du 8 nov. 1902), essaye de montrer que l'hystérie n'est pas une maladie par elle-même, mais elle est constituée par une série de réactions psycho-physiologiques et se produit à la faveur d'un appareil hystérogène particulièrement sensible qui existe chez chacun de nous, mais est plus développé chez les hystériques. Il y aurait une sorte d'état d'hystérabilité, une véritable diathèse hystérique qui peut apparaître aussi bien sous l'influence de la suggestion que de l'émotion.

Dans son article : *Comment je comprends le mot d'hystérie* (*Bulletin médical*, n° 16, 1907). M. Bernheim dégage « l'hystérie crise de tous les troubles organiques ou fonctionnels concomitants, de toutes les maladies sur lesquelles elle se greffe et de toutes les psychonévroses auxquelles elle peut s'associer », et limite ainsi toute l'hystérie à la crise seule.

Cet article provoque celui de M. Babinski : *Suggestion et hystérie. A propos de l'article de M. Bernheim*, intitulé : *Comment je comprends le mot hystérie* (*Bulletin médical* du 30 mars 1907).

Le 4 juillet 1907 a lieu une intéressante discussion à la *Société de Neurologie* au sujet de la communication de M. Babinski : « Émotion, suggestion et hystérie », dans laquelle il dit que « un phénomène

ne peut être considéré comme un trouble hystérique primitif, que s'il est susceptible d'être reproduit avec rigueur par la suggestion, dans sa forme, son intensité et sa durée ». Il nie tout rôle de l'émotion en disant que « quand une émotion sincère secoue l'âme humaine, il n'y a plus de place pour l'hystérie ».

M. Dupré soutient l'opinion de M. Babinski, en affirmant qu'il faut établir une distinction au double point de vue psychologique et clinique entre l'émotion et la suggestion. De nombreux malades présentent toute la série des phénomènes émotifs sans offrir le moindre accident hystérique. Au contraire, beaucoup d'hystériques sont étrangers à toute émotion et l'on sait que l'un des caractères majeurs de l'hystérie est l'inconscience du sujet en face de ses symptômes, l'absence de réaction émotive vis-à-vis de ses accidents. Dans l'hystéro-traumatisme, il y aurait combinaison des effets de l'émotion et de la suggestion.

M. Souques soutient l'opinion de M. Dupré, en ajoutant que « dans l'hystéro-traumatisme, il y a une période plus ou moins longue qui permet à la suggestion de se produire ».

Un mois après cette séance, entre le 1er et le 7 août 1907 a lieu le *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française*. MM. Claude de Paris et Schnyder de Berne font leurs rapports sur la nature de l'hys-

térie. Ces rapports sont ensuite discutés par les congressistes.

Rapport de M. le professeur agrégé Claude

M. Claude estime que « parmi les modifications du caractère, la suggestibilité excessive, l'émotivité exagérée doivent être mises au premier plan avec les troubles de l'attention ». S'il signale l'importance de cet état psychique, c'est qu'il donne l'explication de la plus grande partie des autres manifestations hystériques, quelle que soit la théorie pathogénique qu'on ait adoptée.

Les crises, sous forme de paroxysmes convulsifs ou d'accès de sommeil, constituent un deuxième groupe d'épisodes traversant l'évolution de la névrose.

Enfin, les accidents somatiques, paralysies, contractures, etc., ne sont considérés que comme des faits particuliers sous la dépendance des processus généraux signalés plus haut.

Il est d'accord avec M. Bernheim au sujet de l'hyperexcitabilité du système nerveux de l'hystérique par rapport à celui de l'homme normal, mais il s'élève contre sa limitation de l'hystérie dans les crises nerveuses seules. Il se rallie également à son hypothèse sur la nature diathésique de l'hystérie comparée à la goutte et il lui semble que le trouble le plus caractéristique de la nutrition dans cette affection est la variabilité du coefficient d'utilisation azotée.

M. Claude ne nie pas le rôle de la suggestion, mais trouve la conception de M. Babinski trop schématique, attribue une large part à l'émotion et reproche à la théorie de Babinski d'être non pas une explication psychologique, mais une simple constatation de faits, sans en déterminer la nature.

M. Claude admet les troubles trophiques, viscéraux, vaso-moteurs.

Quant à la genèse des divers accidents hystériques, « ils sont l'expression d'une variabilité extrême dans l'importance des perceptions conscientes ou inconscientes et aussi des aperceptions de tout ordre, variabilité telle que certaines prennent une influence dynamogénique considérable, alors que d'autres sont annihilées.

» L'hystérie tire son caractère propre de la faculté qu'acquiert le sujet d'isoler, d'une façon consciente ou inconsciente, certaines perceptions ou aperceptions et de leur laisser prendre pendant un temps plus ou moins long, en dehors de l'activité psychique supérieure, une importance telle, qu'elle exerce une action dynamogénique considérable sur certaines fonctions ».

Rapport de M. le professeur Schnyder (de Berne)

D'après M. Schnyder, l'hystérie représente un état morbide de la mentalité rentrant dans la catégorie des psychonévroses. La modification hystérique de la mentalité repose sur un manque de jugement, de

critique raisonnable, particularité qui est la base de la mentalité infantile, mais qui, chez l'adulte, peut être le résultat de la dégénérescence. Le défaut de jugement se traduit par une appréciation fantaisiste des réalités, par une conception morale erronée de la vie.

Discussion. — M. le professeur Raymond admet les troubles trophiques, pemphigus, anesthésie, fièvre hystérique.

M. le professeur Bernheim estime que, seules, les crises hystériques appartiennent à l'hystérie. « Je propose, dit-il, de supprimer ce mot d'hystérie et de le remplacer par celui de crises de nerfs. » Il est d'accord avec Babinski sur la non existence primitive des stigmates et sur leur provocation par la suggestion médicale ou autre.

En quelques conclusions, il résume ainsi sa conception :

1° L'entité morbide décrite sous le nom d'hystérie n'existe pas ;

2° Le mot d'hystérie doit être supprimé ou réservé aux simples crises de nerfs ;

3° Ces crises ne sont que suite d'émotions greffées sur des maladies psychiques, toxiques ou diverses qui créent de l'anxiété, laquelle, chez certains, devient hystérogène ;

4° La crise nerveuse se greffe sur des maladies psychiques à titre d'épiphénomène ;

5° Cet épiphénomène peut toujours être supprimé par l'éducation du sujet.

M. Terrien pense que la suggestion agit beaucoup et presque toujours dans l'hystérie. Il admet la fièvre hystérique, la main de cadavre, les troubles vaso-moteurs [constriction des vaisseaux et vaso-dilatation (hémorragie)] ; trouve que les troubles trophiques peuvent être attribués à l'hystérie. Il n'est pas d'accord avec Bernheim sur sa limitation de l'hystérie à la crise nerveuse seule.

« C'est avec la définition de Babinski, dit-il, et en lui donnant une extension qu'il lui refuse, que je crois devoir me rattacher parce qu'elle est la plus claire, parce qu'elle s'accorde le mieux avec les faits et surtout parce qu'elle indique le caractère essentiel véritablement pathogénique de cette maladie, l'obéissance à la persuasion.

M. J. Babinski propose de remplacer le terme « hystérique » par le terme « pithiatique » (qui veut dire : guérissable par suggestion). C'est la suggestion, l'auto-suggestion ou la simulation subconsciente qui expliquent le mieux les phénomènes hystériques.

Il estime qu'il est impossible de modifier par la suggestion l'état des réflexes cutanés, tendineux, pupillaires ; secondairement aux accidents pithiatiques, il ne peut y avoir non plus de la modification de la réflectivité. Il nie l'existenee de la fièvre, des troubles trophiques, viscéraux, des troubles vaso-moteurs. Il pense que le dermographisme avec papulation consécutive aux excitations extérieures (frot-

tement, piqûres), le trouble vaso-moteur le plus fréquent, est quelquefois le propre des gens normaux, aussi bien qu'il peut manquer chez l'hystérique. Il n'accepte pas la théorie du professeur Bernheim sur la limitation de l'hystérie aux crises seules, fait entrer ces dernières dans son groupe de manifestations provoquées par la suggestion, imitation (fréquence des crises dans les salles de malades) et non par l'émotion comme le veut Bernheim.

M. Bono rapporte les résultats de son investigation faite à Paris auprès des principaux neurologistes et qui a porté sur 16.346 sujets ; il affirme qu'il n'a pas rencontré un seul cas de fièvre, hématémèse, hémoptysie, pouvant être attribué à la névrose hystérique.

Il trouve que l'erreur peut provenir :

1° D'un défaut d'observation du médecin ;

2° De la simulation des malades

3° De l'insuffisance des moyens d'investigation.

Telles furent les différentes théories exprimées au Congrès de Genève en 1907.

En 1911, le professeur Déjerine, dans son livre : *les Manifestations fonctionnelles des psychonévroses, leur traitement par la psychothérapie*, exprime les idées suivantes sur l'hystérie :

« Ce qui caractérise la mentalité constitutionnelle de l'hystérique, c'est son défaut plus ou moins marqué de coordination, son absolue passivité. Avant comme après son accident, l'hystérique n'est en aucun point un obsédable, un préoccupé. Fût-il

quadriplégique, il ne s'en frappe pas autrement et l'indifférence de l'hystérique vis-à-vis de son accident, constitue quelque chose de tout à fait particulier à ce malade.

» Cette fragilité mentale, ce manque de cohérence psychique, cette passivité de l'hystérique explique suffisamment qu'il est un suggestible. »

Cependant, il met au premier plan *l'émotion* comme cause occasionnelle de l'accident.

« L'émotion seule — poursuit le professeur Déjerine — beaucoup plus puissante que toutes les suggestions, est capable, chez des sujets prédisposés par leur mentalité, de créer par dissociation ou par addition et à peu près à coup sûr, des accidents dans un domaine antérieurement déterminé par la spécificité émotive du sujet. Mais que sans provoquer d'états émotifs, par suggestion mentale pure et dans un domaine où un hystérique n'a jamais été antérieurement atteint, on puisse créer des accidents tels que contractures, paralysies, la chose nous semble loin d'être aisée, exception faite, il s'entend, pour les mythomanes et pour les grands éduqués.

» Il n'en est pas moins vrai que dans la persistance de certains accidents hystériques, dans la continuité de dissociation que l'émotion a primitivement produite, nous admettrions très volontiers l'intervention, non certes pas constante, mais fréquente de l'auto-suggestion. Souvent, cette auto-suggestion sera plus ou moins directement créée par le souvenir de la

cause émotive des phénomènes ressentis sous l'action du choc émotif.

» Tout ce que l'émotion peut créer à titre accidentel et passager, l'hystérie peut le faire à titre durable. »

Pour expliquer le mécanisme psychique de la production de l'accident, Déjerine estime que, dans l'hystérie, les choses se passent comme si « l'ensemble qui est formé par le centre psychique et le membre ou l'organe qui en dépend et que le choc émotif a dissocié de la conscience générale, continuait à fonctionner d'une façon autonome et suivant l'impulsion subie au moment de la dissociation. »

En ce qui concerne les manifestations somatiques de l'hystérie, le professeur Déjerine est convaincu de l'existence des troubles trophiques, vaso-moteurs, viscéraux, etc.

Telles furent les différentes conceptions des auteurs.

La guerre actuelle est arrivée. Ayant réveillé une multitude de manifestations pithiatiques, elle a du coup élargi le champ d'investigation et la question de l'hystéro-traumatisme fut bientôt remise à l'ordre du jour.

Le 18 février 1915, *la Société de Neurologie de Paris* consacre une séance entière à *l'étude des troubles nerveux fonctionnels observés chez les soldats.*

Après présentation de nombreux blessés militaires

névropathes par M. Déjerine, M. Marie et Mme Benisty, M. Roussy, M. Souques, s'engage une discussion d'ordre général qui se résume finalement par le vœu suivant : la simulation est nette dans nombre de cas ; souvent, il est extrêmement difficile de dire si elle existe ou non ; on ne le peut guère que par une surveillance attentive et discrète. Il est d'importance capitale que les soldats atteints d'accidents nerveux organiques ou fonctionnels soient le plus rapidement possible dirigés vers les services de neuropathologie ; en cas de troubles fonctionnels, on obtient la guérison beaucoup plus facilement en agissant dès le début et non lorsque les troubles sont pour ainsi dire fixés. Il faut agir vigoureusement et obtenir un résultat autant que possible immédiat, alors que le prestige du médecin n'est pas encore entamé par l'habitude. Une fois les troubles névropathiques guéris, le sujet ne doit pas être réformé, mais il faut trouver le moyen de prévenir ceux qui pourraient avoir à traiter le sujet, en cas de récidive, de l'existence de troubles névropathiques antérieurs afin d'éviter tout tâtonnement dans le diagnostic et la thérapeutique.

Le 1er avril 1915, M. le professeur Grasset de Montpellier publie son article : *les Psychonévroses de la guerre* (*Presse médicale*, n° 14). Ayant observé dans son service de Neurologie de guerre (16e région) 82 névropathes sur 193 malades, il évalue leur proportion à 42 o/o. Au point de vue étiologique, il pense que c'est la fatigue physique et morale du

soldat qui engendre l'hystéro-traumatisme plutôt que le terrain névropathique.

M. le professeur agrégé Roussy, dans son article : *A propos de quelques troubles nerveux psychiques observés à l'occasion de la guerre. Hystérie, hystéro-traumatisme. Simulation* (*Presse médicale*, n° 15, 8 avril 1915), donne une étude clinique des différents cas de pithiatisme qu'il a observés sur 54 militaires dans ses deux services, celui de Villejuif (hôpital Paul-Brousse) et celui du Val-de-Grâce.

Après en avoir donné les classifications avec observations personnelles à l'appui de chaque groupe, il insiste, au point de vue scientifique, sur le rôle très important joué par l'épine organique qui souvent semble être le point de départ de l'auto-suggestion, surtout chez des sujets entachés de nervosisme. Au point de vue pratique, il signale l'importance d'un diagnostic non erroné et précoce, la durée du traitement étant inversement proportionnelle à l'ancienneté de l'affection. L'auteur rapporte 4 cas de simulation.

Le 29 avril 1915, le même auteur publie l'article : *Troubles nerveux psychiques de guerre. A propos d'un récent article du professeur Grasset* (*Presse médicale*, n° 18) dans lequel il se rallie à l'opinion de M. Grasset, qu'il faut renvoyer le plus vite possible loin de l'hôpital les fonctionnels rebelles à tout traitement (ceux-ci pouvant produire une sorte de contagion), mais il n'admet point la possibilité (comme le veut M. Grasset) de renvoyer en convalescence

dans sa famille un fonctionnel avant sa guérison complète, ayant remarqué que ce sont toujours les soldats revenant de convalescence qui sont les plus rebelles au traitement.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Les phénomènes hystéro-traumatiques peuvent ou bien apparaître immédiatement, ou bien tardivement dans un laps de temps plus ou moins long après l'accident.

Selon le professeur Grasset, ce sont surtout les phénomènes à début et à développement précoce qui sont les plus intéressants, car malgré que la phase de « méditation » précédant l'explosion de la maladie nerveuse soit classiquement décrite dans l'hystéro-traumatisme, ces phénomènes névrosiques chronologiquement secondaires sont beaucoup moins importants en *neurologie de guerre*, et surtout beaucoup plus suspects, particulièrement si, lors de leur apparition, le sujet a déjà fait des séjours plus ou moins prolongés dans les hôpitaux, et à plus forte raison s'il a déjà passé plusieurs semaines de convalescence dans sa famille.

Contrairement à l'étiologie ordinaire de l'hystéro-traumatisme classique, qui considère surtout le *terrain*, les antécédents personnels et héréditaires du sujet comme principale cause des accidents hystériques, le professeur Grasset estime qu'en neurologie

de guerre il faut attribuer toute l'importance non pas au terrain, mais au degré de la commotion nerveuse subie par le sujet et comme preuve il présente les arguments suivants :

Le sujet est souvent tenté de dissimuler ses antécédents personnels et héréditaires afin de rendre la guerre complètement responsable de sa maladie tout entière, par conséquent d'accroître le chiffre de la pension qu'il espère; ensuite et surtout, les traumatismes de guerre qui entraînent les névroses observées se produisent dans les conditions les plus dramatiques et les plus impressionnantes et frappent des organismes surmenés moralement et physiquement, dont la résistance au choc nerveux est infiniment diminuée et quasi-annulée, on comprend que dans ces conditions, le rôle du terrain prédisposé antérieurement à la guerre, puisse être tout à fait accessoire et au second plan.

Néanmoins. en étudiant nos malades dans le service de notre maître, M. le professeur agrégé Roussy, nous avons très nettement trouvé des antécédents nerveux et une constitution très émotive chez la plus grande partie de nos malades, sans qu'ils cherchent à le cacher et, d'autre part, un certain nombre ont déjà présenté les mêmes manifestations dans leur adolescence, mais à un degré moindre (V. obs. IX et XVIII).

En cherchant la notion étiologique dans l'histoire de chacun de nos malades, nous avons trouvé comme

causes occasionnelles des névroses traumatiques, et par ordre de fréquence :

a) *Blessures de guerre.* — Ces cas sont assez nombreux. Généralement, après avoir guéri de sa blessure, avant de quitter l'hôpital (souvent en sortent le membre d'un plâtre), quelquefois au dépôt, parfois même en revenant pour la seconde fois sur le front (V. obs. V), le malade commence à sentir que son membre s'engourdit, devient lourd, et finalement impotent. Ici la phase de méditation existe manifestement. La plupart du temps le siège de la paralysie ou de la contracture hystérique coïncide avec celui de la blessure. Ainsi on verra une pseudo-paralysie radiale comme suite d'une blessure de la main ; une monoplégie crurale après blessure de la cuisse ou de la fesse, une hémiplégie par blessure du crâne ; ce sont là des paralysies *logiques*, pour ainsi dire.

Mais on voit également des paralysies absolument *paradoxales* (Roussy) ; par exemple : pseudo-paralysie brachiale totale après petite plaie en séton rétro-auriculaire (V. obs. III) ; hémiplégie après plaie du menton, etc.

b) *Éclatement d'obus à distance, projection dans l'air, éboulement d'une tranchée ; en somme, contusion.* — Les phénomènes névrosiques apparaissent le plus souvent, immédiatement, après une perte de connaissance plus ou moins longue (dans un de nos cas, quatorze jours (V. obs. VII) ; le sujet se réveille paralysé, ayant la sensation d'avoir perdu un ou deux de ses membres, ou trémulant et angoissé.

La paralysie peut être d'emblée localisée aux membres sur lesquels elle persistera, ou bien elle est généralisée et rétrocède assez rapidement pour se localiser sur un membre donné ; le plus souvent on voit dans ces cas la paraplégie, l'astasie-abasie, la névrose trémulante généralisée, les plicatures, etc.

Quelquefois on ne trouve pas de cause occasionnelle précise ; cependant, dans deux de nos cas (V. obs. II et XIV), on a pu très nettement accuser la *fièvre typhoïde* ; dans deux autres, c'était *l'imitation ;* un des malades ayant eu comme voisin de lit deux tétaniques, devient un choréique arythmique (obs. XVI). Parfois, c'est la fatigue qui est en cause (une marche forcée, ou une attaque fatiguante, etc).

Fréquence. — Le nombre des hystéro-traumatiques croit considérablement avec la durée de la guerre.

Le professeur Grasset évaluait, le 1er avril 1914, leur nombre à 42 o/o ; au Val-de-Grâce, puis aux Arts-et-Métiers, notre maître, M. le professeur agrégé Roussy, a vu de très nombreux malades hystériques.

A l'hôpital Paul-Brousse le chiffre ne remonte qu'à 10 ou 15 o/o.

SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie des troubles sensitivo-moteurs est extrêmement variée et propre à chaque forme clinique. Nous allons donc décrire, pour ne pas nous répéter, uniquement les signes objectifs généraux, pour nous arrêter un peu plus longuement dans le chapitre suivant.

Troubles moteurs

Paralysies. — La volonté étant impuissante à produire des paralysies identiques à celles qui sont sous la dépendance d'une altération des nerfs, il y aura des signes que le pithiatisme sera incapable de produire ; l'hystérie n'est pas en mesure de frapper exclusivement un territoire musculaire dépendant d'un nerf périphérique.

Ainsi, pour la pseudo-paralysie radiale, dans la flexion de l'avant-bras, la corde du long supinateur se dessinera très bien. L'hystérique fait la paralysie de tout un segment du membre, de toute la main, de tout le bras ; il ne dissocie pas ses mouvements, comme le fait un organique.

Un caractère remarquable de cette paralysie est qu'elle paraît, au premier abord, beaucoup plus intense qu'à un examen plus approfondi : en insistant, on fait faire au malade des mouvements qu'il croyait impossibles. Ainsi, un malade ne pourra lever son bras ; si on lui lève le bras et si on insiste beaucoup pour qu'il ne l'abaisse pas, le bras ne retombera pas inerte, mais se maintiendra à une certaine hauteur. Ou bien un sujet ne peut marcher qu'avec des béquilles, il a de l'impotence des deux membres inférieurs. On lui enlève ses béquilles et on le force à se tenir sur ses jambes en le soutenant légèrement d'abord, à peine ensuite, et finalement il arrive à se tenir debout sans être soutenu (comme le cas s'est présenté pour une de nos paraplégies, dont nous donnons l'observation) (V. obs. X).

Dans certains cas, la motilité volontaire n'est qu'affaiblie, dans d'autres, elle est complètement abolie.

L'électro-diagnostic ne révèle aucune modification dans la contractilité électrique des muscles, ni dans l'excitation électrique d'un nerf périphérique donné, dont la lésion pourrait être imitée.

Les contractures jouent aussi un grand rôle dans la production de l'impotence motrice. Dans les cas les plus graves, elles immobilisent un membre entier ou une articulation d'un membre.

Réflectivité. — La réflectivité est absolument intacte ; il n'y a pas d'abolition des réflexes tendineux comme dans les paralysies névritiques, ni exagéra-

tion des réflexes avec trépidation épileptoïde du pied, ni le réflexe cutané plantaire (signe de Babinski) comme dans l'hémiplégie organique, etc.

Sensibilité. — Les malades arrivant dans notre service après avoir passé par plusieurs hôpitaux, quelquefois quatre, cinq, six mois après l'accident, loin, par conséquent, d'être vierges de tout examen de la sensibilité, il est difficile de se rendre compte si cette anesthésie est primitive ou est la conséquence de la suggestion médicale.

Il y a souvent association de la douleur à l'impotence.

Presque tous ont des troubles de la sensibilité superficielle se traduisant par de l'anesthésie ou hypoesthésie au toucher (pinceau de blaireau) et à la piqûre, mais avec ce caractère particulier qu'elle s'étend à tout un membre, s'arrêtant net à sa racine ou à un segment de membre, dessinant des figures géométriques sous forme d'un gant, un brodequin, un gigot, une manchette, etc. Quoique le malade prétende ne rien sentir, on arrive à le faire crier aussitôt qu'on applique le courant faradique à fil fin ; cette anesthésie n'est donc point absolue.

Elle a encore ce caractère particulier, qu'elle ne gêne point le malade et demande à être recherchée (Lesègue).

La sensibilité profonde (sens stéréognostique, notion des attitudes des membres, sensibilité osseuse au diapason) est très rarement atteinte ; nous n'avons eu que deux cas de ce genre décrits dans nos obser-

vations ; mais aucune des épreuves de la sensibilité profonde ne pouvant être très pénible au point de faire souffrir le malade, celui-ci pourrait très bien dire qu'il ne sent rien, quand, en réalité, il sent très bien. Il y a là une possibilité de simulation.

Avant de parler des troubles vaso-moteurs et trophiques, nous ferons une petite réserve sur leur nature hystérique. Il est plus que probable que les rares cas de trophicité soient dus aux troubles circulatoires, ces derniers résultant de la longue immobilisation du membre.

Trophicité. — On observe rarement de l'amyotrophie ; quelquefois cependant à la suite d'une longue impotence du membre.

La force musculaire est souvent notablement diminuée et quelquefois nulle.

La peau est plus mince, plus transparente, mais ne présente pas d'altérations trophiques. Nous avons observé un seul cas de troubles trophiques des ongles qui étaient mats, dépolis, plus durs que du côté sain.

Troubles vaso-moteurs. — Ils existent presque toujours. Le membre atteint est violacé, lourd, plus froid que du côté opposé ; il y a souvent de l'hyperhydrose. Le démographisme (papulation après piqûre d'épingle pour la recherche de la sensibilité) manque rarement.

FORMES CLINIQUES

Les manifestations pithiatiques étant des plus disparates, en général, il est bien naturel qu'il en soit de même pour les troubles moteurs, en particulier. Parmi les 32 cas que nous avons eu l'occasion d'étudier dans le service de notre maître, M. le professeur Roussy, à l'hôpital Paul-Brousse, presque tous les accidents connus se sont présentés. Nous avons donc cherché, pour pouvoir classer nos observations, à créer quelques groupes cliniques naturels qui ne soient pas trop schématiques et qui puissent répondre à la réalité des faits. Cette tâche ne fut pourtant pas très aisée.

Les manifestations hystériques étant des plus capricieuses, avec association des contractures aux paralysies, des paralysies aux troubles de l'équilibre, des tremblements aux contractures, etc., il est assez difficile de faire entrer chaque cas dans un cadre défini et limité.

Nous divisons les troubles moteurs pithiatiques en cinq grands groupes suivants : paralysies, contractures, astasie-abasie, chorée, tremblements. Les para-

lysies et les contractures sont les plus nombreuses et les plus variées.

Premier groupe. — **Paralysies**

Dans ce groupe, entrent les formes cliniques suivantes : monoplégies (brachiale, crurale), les plus fréquentes, hémiplégies et paraplégies, moins fréfréquentes.

A. — **Monoplégies.** — S'observent le plus souvent à la suite de blessures de guerre.

I. — **Monoplégie brachiale.** — Comprend trois types cliniques :

a) *Type brachial supérieur* (Duchenne-Erb) (4 cas). — L'impotence se limite aux muscles de l'épaule seuls. Les mouvements d'élévation, d'écartement, de rétropulsion ou d'antéropulsion du bras sont nuls ou à peine ébauchés. Il y a en même temps contracture des muscles de l'épaule.

L'électrodiagnostic ne révèle aucun trouble de la contractibilité musculaire, ni de l'excitation électrique du nerf circonflexe.

On ne constate aucune atrophie du deltoïde, ni des autres muscles de l'épaule. La réflectivité est normale ; il y a quelquefois concomitance de craquements secs dans l'articulation.

b) *Type brachial total* (2 cas). — Comprend deux variétés :

1° *Variété douloureuse* « fausse névrite » (Roussy). Le membre est absolument impotent. Le malade n'arrive à exécuter aucun mouvement, mais, en plus, il éprouve des douleurs qui, en commençant par le cou, se propagent dans l'épaule et dans le membre supérieur atteint. Les mouvements passifs sont très douloureux et le malade pousse des cris et cherche à se défendre dès qu'on veut lui mobiliser le bras. Pas de troubles de la sensibilité objective.

2° *Variété non douloureuse.* — Tout le membre supérieur est complètement paralysé ou quelquefois simplement parésié. Pas d'amyotrophie. L'électro-diagnostic ne révèle rien d'anormal. Néanmoins, il y a souvent affaiblissement considérable de la force et de la résistance musculaire du deltoïde, du triceps, du biceps et des muscles de la main. On constate parfois, mais pas toujours, de l'hypoesthésie et des troubles vaso-moteurs de la main.

Type paralysie radiale (4 cas). — La main pend inerte en flexion palmaire sur l'avant-bras, les doigts en extension sur la main, bref en attitude de paralysie radiale. Le malade ne peut ni étendre la main sur l'avant-bras, ni la dévier en dehors ou en dedans, ni étendre les doigts. Cependant, dans la flexion de l'avant-bras sur le bras, la corde du long supinateur qui devrait être paralysé, apparaît très nettement.

Les autres mouvements de la main ne dépendant pas du nerf radial sont abolis également; il y a donc, si l'on peut dire, une sorte *d'acroplégie.*

L'électrodiagnostic est négatif. Le réflexe stylo-radial n'est pas aboli. Les mouvements passifs sont très douloureux.

Il y a presque toujours de l'anesthésie ou de l'hypoesthésie au tact et à la piqûre s'arrêtant net par une ligne circulaire, perpendiculaire à l'axe du membre, ne correspondant point, non seulement au territoire du radial, mais à aucune distribution nerveuse périphérique.

II. — **Monoplégie crurale.** — Comprend deux types cliniques :

a) *Type pseudo-coxalgie* (2 cas). — La démarche du malade rappelle absolument celle d'un coxalgique: il boite en appuyant sur la pointe du pied, la hanche immobile, le tronc s'inclinant à chaque pas en avant, en une espèce de salutation ; il y a de l'ensellure lombaire du même côté. Légère contracture des muscles de la hanche.

L'attitude vicieuse du membre en abduction et rotation externe n'existe pas toujours. La percussion du grand trochanter, du genou, du talon ne provoque pas de douleur dans l'articulation. Il n'y a pas de température. Cependant, il est quelquefois difficile d'affirmer la nature hystérique de l'affection, les symptômes principaux manquant souvent au début de la coxalgie vraie. La radiographie ne révèle rien d'anormal du côté de l'articulation.

b) *Type « fausse-sciatique »* (Roussy) (5 cas). — Le malade marche en boitant à l'aide d'une canne, en s'appuyant sur le talon antérieur et le bord externe

du pied, le talon postérieur restant élevé au-dessus du sol. Il traîne son pied par terre, sans le soulever, sans fléchir la jambe. Bref, la démarche ne rappelle point le steppage si caractéristique de la névrite sciatique, mais plutôt celle d'un homme qui souffre. Le membre inférieur est impotent.

Examiné au lit, le malade ne peut pas soulever son membre ; la flexion de la jambe, les mouvements du pied et des orteils sont abolis. Quelquefois, il y a simplement parésie du membre. Les réflexes rotulien et achilléen ne sont pas abolis, mais normaux. L'électrodiagnostic ne révèle rien d'anormal ni du côté du tronc du sciatique, ni du côté du sciatique poplité externe ou interne.

Il y a souvent anesthésie de tout le membre remontant jusqu'à sa racine, sans aucune topographie radiculaire. On observe des formes douloureuses avec élancements dans le membre atteint et fortes douleurs aux moindres tentatives de mobilisation. Pas de troubles trophiques, pas d'amyotrophie. Légers troubles vaso-moteurs du pied qui est cyanosé et froid. Légère hyperhydrose.

B. — **Hémiplégie** (2 cas). — On observe les formes flasques et en contracture ou association des deux, comme chez un de nos malades qui avait son bras flasque et sa jambe en contracture. La démarche n'est point celle d'un hémiplégique. Le malade ne fauche pas, mais traîne sa jambe derrière lui sans relever le pied, le dos du pied et les orteils frottant le sol. Les deux membres sont ou bien complètement

paralysés ou simplement parésiés. Tous les signes de l'hémiplégie organique donnés par les auteurs et surtout formulés par M. Babinski font défaut. Les réflexes tendineux et cutanés (signe de Babinski) sont normaux. On n'a pas d'exagération vraie des réflexes, capable de provoquer le clonus du pied. Celui-ci, s'il existe, se présente avec le caractère du faux clonus, car il ne se produit que lorsque le membre est en extension et disparaît dès qu'on fléchit la jambe sur la cuisse. La face est généralement intacte, il n'y a aucune déviation, pas de paralysie faciale ni supérieure, ni inférieure.

On constate toujours de l'hémianesthésie à tous les modes de sensibilité, au toucher (pinceau de blaireau), à la piqûre, au chaud et au froid ; cette anesthésie s'arrête exactement sur la ligne médiane et épargne la face.

Chez un de malades, nous avons observé des troubles (abolition) de la sensibilité profonde (sens stéréognostique, notion des attitudes, sensibilité osseuse au diapason) se superposant à l'hémi-anesthésie.

C. — **Paraplégie** (2 cas). — *Motricité.* — Le malade ne peut se tenir debout, même à l'aide de béquilles. Il y a impotence complète des deux membres inférieurs ou quelquefois simple parésie. La marche est impossible.

La réflectivité tendineuse est normale. Quelquefois on voit les réflexes rotuliens un peu vifs, provo-

quant même deux ou trois contractions cloniques de jambe, en formant la fausse trépidation épileptoïde du pied. Les réflexes cutanés sont intacts également, le réflexe de Babinski se fait en flexion ; le réflexe d'Oppenheim est négatif ; celui de Seifert (extension du gros orteil par pincement du tendon d'Achille) également négatif.

Tous les signes de l'automatisme médullaire : le signe du raccourcisseur de Marie et Foix (le malade ne pouvant faire aucun mouvement spontané de flexion de la jambe sur la cuisse, celle-ci se fléchit immédiatement dès qu'on exerce la flexion forcée des orteils) ; le *réflexe cutané de défense* (flexion de la jambe impotente par pincement de la peau du membre) ; le *signe de l'allongement croisé* (une des jambes étant mise en flexion sur la cuisse, si l'on fléchit les orteils de l'autre, il se produit de ce côté, flexion de la jambe en même temps que la première s'allonge) manquent totalement.

Sphincters. — Pas de troubles dans le fonctionnement du sphincter vésical. L'urine sort par un jet continu et à la volonté du malade ; il n'y a donc pas d'incontinence. Consécutivement, pas d'infection de la vessie avec urines purulentes et sanglantes des paraplégiques médullaires. Du côté du rectum, on ne signale, non plus, aucun trouble sphinctérien. Consécutivement à cette intégrité des sphincters, on ne voit jamais de grande escarre sacrée infectée ; comme nous l'a fait remarquer à plusieurs reprises notre maître, M. le professeur agrégé Roussy, chaque

fois que les cas se présentaient, l'escarre ne se montre, que si le malade est souvent souillé par l'urine et les matières ; le fameux *decubitus acutus* de Charcot par troubles trophiques et perte de sensibilité de la peau existant rarement, l'infection étant surtout la grande cause de ces escarres.

Du côté de la sensibilité, il n'y a rien de fixe. Les uns font de la dysesthésie, les autres de l'hypoesthésie. Pas d'amyotrophie des membres ; cependant la force musculaire est nettement diminuée.

Légers troubles vaso-moteurs, cyanose et abaissement de la température locale des pieds, hyperhydrose.

La radiographie ne révèle aucune lésion de la colonne vertébrale.

Deuxième Groupe. — Contractures

Nous parlerons ici des contractures pures, sans autres associations pithiatiques. Dans ce groupe, nous avons observé les deux formes suivantes :

A. — **Griffes** (4 cas). — On peut rencontrer toutes sortes de griffes, aussi bien celles qui rappellent une griffe par lésion périphérique nerveuse, que d'autres tout à fait illogiques. Un de leur caractère est de disparaître pendant le sommeil, tandis qu'une griffe organique persiste toujours.

α) *Griffe pseudo-cubitale*. — Les deuxième et troisième phalanges de chaque doigt sont fléchies, les

premières en extension sur la main. Quelquefois ce sont l'annulaire et l'auriculaire, d'autres fois tous les doigts, sauf le pouce, sont pris.

Il y a souvent anesthésie de la main ne correspondant point ou dépassant largement le sphère du nerf cubital. On ne trouve aucune cause qui pourrait expliquer la paralysie de ce nerf. Ces griffes étant presque toujours consécutives aux blessures, on remarque que le siège de la plaie est trop loin du nerf cubital pour que celui-ci puisse être atteint. Dans un cas, dont nous donnons l'observation, elle était apparue à la suite de l'amputation du médius.

L'électro-diagnostic ne révèle rien d'anormal.

6) *Griffes illogiques*. — Peuvent prendre plusieurs aspects : griffe du pouce et de l'index (pince de homard), griffe du pouce et de l'auriculaire, etc.

Elles frappent immédiatement par leur illogisme même et leur diagnostic est des plus faciles ; il faut pourtant s'assurer, s'il n'y a pas de rétractions tendineuses.

B. — **Plicatures** « fausses spondylites traumatiques » (Roussy) (2 cas). — Le malade est courbé plus ou moins fortement, le tronc se pliant à angle droit sur le bassin et même davantage. Le malade marche en boîtant sur une ou deux jambes et se sert toujours de canne. La respiration est défectueuse. On ne constate aucune lésion de la colonne vertébrale qui pourrait expliquer cette attitude. Souvent le malade est complètement droit au lit, d'autres fois, il ne

peut se coucher que sur le côté (dans les plicatures accentuées).

Si, en appuyant le malade contre un mur, on le redresse de force, il arrive à garder la rectitude, mais au prix d'un fort essoufflement et d'une grande fatigue.

Troisième groupe. — **Astasie-abasie** (2 cas)

Ce vieux syndrome de Blocq et Charcot (1883) dans lequel l'impossibilité de la marche (abasie) et de la station debout (astasie) contraste avec l'intégrité de la sensibilité, de la force musculaire et de la coordination des autres mouvements des membres inférieurs, se présente encore maintenant avec tous ses caractères.

Le malade examiné au lit est absolument normal. Tous les mouvements existent et sont coordonnés. Il est tranquille et immobile ; mais, dès qu'il essaye seulement de se lever, on voit apparaître des contractures des muscles des jambes, qui se raidissent et commencent à trembler. Une fois debout, le malade est incapable de se tenir sur ses pieds, même avec des béquilles ; il trébuche, oscille en avant, en arrière et perd l'équilibre. En même temps, tout le corps, surtout les jambes, sont animés de tremblements rapides et très forts. La marche est très difficile, extrêmement défectueuse, spastique. Le malade ne peut élever son pied, les jambes se contracturent

fortement et le clouent pour ainsi dire au sol. Après plusieurs essais infructueux, il détache brusquement son pied et fait un pas en avant ; les mêmes phénomènes recommencent pour l'autre pied et ainsi de suite. Les réflexes, la force musculaire, la sensibilité sont intacts.

On observe néanmoins un type clinique présentant une forme de passage entre l'astasie-abasie et la paraplégie hystérique, le malade ayant en dehors du syndrome de staso-baso-phobie (Débove) de l'incoordination des autres mouvements des jambes, des troubles de la sensibilité (hypoesthésie, dysesthésie), de la diminution de la force musculaire.

Quatrième groupe. — Chorée (1 cas)

On observe communément deux types de chorée hystérique :

1° *Chorée rythmique.* — Elle affecte les membres, la face, le cou ; se limite généralement aux membres d'un seul côté (hémichorée) ou à un seul membre. Les mouvements involontaires qui la caractérisent se produisent d'une façon intermittente et sous formes d'accès plus ou moins longs. Ce ne sont point des secousses et mouvements désordonnés, mais bien des mouvements systématiques comme pour accomplir un acte déterminé. On voit ainsi la chorée *saltatoire* (mouvements de la danse), chorée *nata-*

toire (mouvements de la natation), chorée *malléatoire* (mouvements professionnels du forgeron).

2° *Chorée arythmique.* — Se caractérise par des mouvements involontaires, irréguliers et contradictoires, identiques, en un mot, à ceux de la chorée vulgaire ou chorée de Sydenham. Se produit surtout par hétéro-suggestion. Dans le cas du malade dont nous donnons l'observation (V. obs. XVI), elle s'est développée à la suite de la présence, dans la salle, de deux tétaniques qui étaient ses voisins de lit.

Cinquième groupe. — **Tremblements** (2 cas).

A. — **Tremblement simple.** — Se présente le plus souvent sous forme d'hémi-tremblement ; c'est un tremblement rapide, rythmique, peu accentué, le malade étant au repos, s'exagérant par les moindres mouvements ou quand le malade est contrarié.

Il est impossible de le rattacher à aucune maladie organique connue (Parkinson, Friedreich, sclérose en plaques, tremblement sénile, syndrome thalamique). Se produit surtout chez des sujets jeunes et entachés de nervosisme.

B. — **Tremblement généralisé.** — Grande névrose trémulante (Charcot).

Tout le corps du malade est animé de tremblements rapides, s'accentuant beaucoup par la moindre émotion ou fatigue. Le malade claque des dents et ne peut prononcer plusieurs mots de suite.

Il y a spasme du diaphragme ; la respiration est haletante, courte, très accélérée (polypnée). En même temps, par accès, il y a spasme de la glotte. Par suite de la contracture du diaphragme, on note souvent des vomissements incoercibles. Il y a hypéresthésie, généralement hémi-hypéresthésie.

DIAGNOSTIC

I. — *Importance et précocité du diagnostic.* — Il n'est peut-être point d'affection chronique où le diagnostic sûr et rapide soit plus indispensable que dans les manifestations hystériques et surtout pour les traumatisés de guerre.

« Si l'on considère, dit Babinski, que les troubles pithiatiques peuvent imiter plus ou moins les troubles fonctionnels des maladies les plus diverses, qu'ils sont susceptibles de guérir rapidement, instantanément même ou de durer indéfiniment suivant qu'on en reconnaît ou non la nature psychique et qu'on se comporte ou non en bon psychothérapeute, on est amené à soutenir qu'il n'est permis à aucun clinicien de se se désintéresser de leur étude. »

Cette précocité du diagnostic est de toute importance et nous en voyons tous les jours la preuve et la confirmation. Ainsi, nombre de nos malades arrivent à Paul-Brousse après avoir traîné 3, 4, et 5 mois dans différentes formations où ils étaient pris pour des malades organiques graves, alors qu'ils n'étaient que des fonctionnels.

Nous citons le cas d'un paraplégique hystérique

arrivant avec le diagnostic « d'entorse rachidienne et parésie des membres inférieurs ». Un autre paraplégique hystérique avec « contusion médullaire et paraplégie » ; un troisième malade vient avec le diagnostic de « névrite », alors que ce n'était qu'une parésie psychique du bras à forme douloureuse et ainsi de suite.

La plupart d'entre eux sont très impressionnés par ces diagnostics erronés et à tel point qu'il est très difficile de les persuader qu'ils n'ont aucune lésion organique et qu'ils guériront très vite ; chez eux, la psychothérapie rencontre beaucoup d'obstacles, car ils sont pendant longtemps convaincus d'être très grièvement atteints.

Il n'y a, naturellement, rien de surprenant dans cet état des choses. Non seulement le malade hystérique n'est pas reconnu, et, par conséquent, pas traité comme tel, mais en plus, il est exposé à l'hétéro-suggestion la plus dangereuse et la plus tenace, car elle provient de l'autorité médicale. Et, pendant que le malade reste impotent des mois entiers, sans qu'on le rééduque, des raideurs articulaires, des rétractions tendineuses ont le temps de s'installer et compromettent fortement le pronostic. Souvent, les malades arrivent littéralement couverts de pointes de feu, le long du trajet sciatique ou le long de la colonne vertébrale, méthode bien mauvaise, car elle permet au malade de fixer involontairement son attention de ce côté et lui rappelle l'ancienne impotence.

II. — *Difficultés du diagnostic.* — Nous ne nous arrêterons pas sur le diagnostic différentiel de chaque affection nerveuse organique avec la manifestation hystérique similaire, car nous en avons déjà parlé à propos de chaque forme clinique.

Nous devons seulement remarquer, en général, que le diagnostic de pithiatisme se fait par élimination. C'est en interrogeant la motilité, la réflectivité, la sensibilité, en faisant l'examen électrique des muscles et des nerfs, qu'on arrive à se convaincre de la nature hystérique d'une impotence motrice. Or, parfois, ce diagnostic n'est pas très aisé. Cela s'observe dans les cas suivants :

a) *Associations névroso-organiques.* — Dans les associations névroso-organiques, qui sont, du reste, très fréquentes, il est parfois difficile de délimiter la part qui appartient à la lésion organique et celle due au pithiatisme.

Ainsi, dans un de nos cas (V. obs. X), il était évident qu'on avait affaire à une paraplégie hystérique. Or, le réflexe achilléen droit était aboli. On hésite un moment. On fait l'électro-diagnostic qui révèle de l'hypoexcitabilité des muscles postérieurs de la jambe. On porte donc le diagnostic d'une paraplégie hystérique greffée sur une névrite du sciatique poplité interne.

Dans un autre cas, il y avait de l'hémiplégie à gauche avec trépanation du pariétal droit. Or, tous les signes de l'hémiplégie organique manquaient et,

du reste, le sujet a très vite guéri, et complètement ; c'était donc une hémiplégie hystérique.

Dans la pseudo-paralysie des nerfs périphériques, c'est surtout l'électro-diagnostic qui tranchera la question.

Souvent, il y a impotence fonctionnelle d'un membre, sans amyotrophie, sans lésion du nerf périphérique commandant le territoire musculaire donné, tout cela associé à de la périarthrite avec contracture musculaire et craquements dans l'articulation, et il est parfois difficile de se rendre un compte exact de la part qui revient à la périarthrite et celle due à l'hystérie.

b) *Simulation.* — Pithiatisme ne veut pas dire simulation et tous les neurologistes sont unanimes à le reconnaître. Il faut établir une distinction entre le simulateur vrai et le simulateur subconscient. Le premier tâche de tromper son entourage volontairement et fera tout pour ne pas guérir. Chez le second, la simulation est ingénue et subconsciente ; il fait souvent un effort sincère pour obtenir la guérison. Les troubles ne sont pas modifiables par la volonté seule du sujet ; il faut lui venir en aide par le traitement.

La vraie simulation est souvent fort difficile à déjouer et ce n'est que si véritablement la supercherie est évidente, indiscutable qu'on est en droit d'affirmer la simulation (Roussy). Il faut être d'autant plus réservé dans ce diagnostic, qu'il peut entraîner des conséquences disciplinaires graves

pour le malade, si le mot « simulation » est marqué sur son bulletin d'évacuation.

III. — *Erreurs de diagnostic.* — S'il est d'importance capitale de ne pas méconnaître la nature hystérique d'une affection, il est, d'autre part, très important de ne pas pécher par excès, en ayant l'esprit fixé du côté de l'hystérie et en prenant toute impotence pour une manifestation pithiatique.

Nous avons été témoin de plusieurs erreurs pareilles, surtout dans le cours de ces derniers mois, après qu'on a commencé à parler beaucoup de l'hystéro-traumatisme. Ainsi, un de nos malades qui a de la coxalgie vraie avec état fébrile fut envoyé sous la rubrique de pseudo-coxalgie hystérique.

Un autre, chez qui M. le Dr Roussy a constaté une monoplégie crurale gauche d'origine médullaire (clonus du pied vrai, Babinski, extension nette, Wassermann du liquide céphalo-rachidien positif), fut également pris pour un hystérique, etc.

PRONOSTIC

Au point de vue du pronostic, nous pouvons diviser les malades en trois catégories : 1° cas bénins, facilement guérissables par la psychothérapie et la rééducation ; 2° cas moyens, qui guérissent bien et totalement, mais à la longue, à force d'appliquer le traitement dans toute sa rigueur ; 3° cas graves, rebelles à tout traitement, qui guériront probablement, mais à une époque indéterminée (après la guerre, peut-être), ces derniers comptant surtout parmi les soldats qui furent envoyés en convalescence dans leur famille avant la guérison complète et qui en sont revenus non avec amélioration, mais avec aggravation notable de l'impotence fonctionnelle.

Une chose est certaine et indiscutable (vœu de la Société de Neurologie, 18 février 1915 ; Grasset, *Presse médicale*, 1er avril 1915 ; Roussy, *Presse médicale*, 8 avril 1915) : plus tôt le malade tombera entre les mains des spécialistes neurologistes, plus tôt son diagnostic exact sera fait et par conséquent son traitement appliqué dans toute sa rigueur, plus son pronostic sera bénin et plus il y aura des chances de guérison rapide et définitive.

Si, au contraire, le malade a eu le temps de traîner dans différentes formations où des médecins non spécialisés, au lieu de dépister et traiter l'hystérie, auraient pu, par un examen inopiné, par suggestion mêdicale inconsciente, développer ou aggraver chez le malade ses symptômes morbides, le pronostic deviendra beaucoup plus grave et la guérison beaucoup plus longue et difficile.

Et, comme .conséquence même de cette guérison difficile, à la suite de l'impotence du membre et de l'immobilisation des articulations et des muscles. des rétractions tendineuses et des troubles de la circulation s'installent à la longue pour assombrir encore davantage le pronostic.

TRAITEMENT

Le traitement des manifestations pithiatiques étant des plus variés, il n'est pas d'agent physique qui ne soit employé avec des succès différents, tantôt prompts et miraculeux, pour ainsi dire, d'autres fois médiocres, souvent sans aucun résultat appréciable. Tous les auteurs s'accordant actuellement à l'unanimité sur la nature surtout purement psychique de l'hystérie, il est de toute évidence, que la psychothérapie doit prendre une place prépondérante parmi tous les autres moyens thérapeutiques qui ne seront que ses adjuvants indispensables.

Nous allons donc parler de la psychothérapie et de l'isolement, nous dirons quelques mots de l'électrothérapie et nous insisterons beaucoup sur la rééducation des mouvements.

I. — *Psychothérapie.* — La psychothérapie a existé de tout temps et de tout temps le médecin, de pair avec des prescriptions et interventions, donnait de bons conseils, des avertissements, des paroles d'espérance et de réconfort.

« Ce qu'on appelle psychothérapie, dit Brissaud, n'est autre chose qu'un ensemble de moyens desti-

nés à montrer au patient par où pèche sa volonté et à exercer ce qui lui en reste dans un sens favorable. La méthode n'a rien de mystérieux, elle n'exige aucune compétence spéciale, en dehors de la fermeté douce et encourageante qui est la première vertu d'un éducateur.

Le médecin, en effet, doit se faire éducateur sans rien emprunter aux pratiques plus ou moins occultes de la suggestion hypnotique. De cela, surtout, il faut qu'il se défende, car le malade doit être immédiatement prévenu que sa collaboration est indispensable... C'est sa propre volonté qui agira et non l'influence personnelle de l'éducateur. Celle-ci s'exerce seulement en soutenant les efforts du patient en lui faisant mesurer le terrain gagné petit à petit, en le contraignant à la soumission souscrite d'avance. »

Tous les auteurs ne s'accordent pourtant pas sur cette inutilité et même le danger de la suggestion.

Ainsi, le Dr Lévy, tout en accordant une certaine part à la persuasion, considère ce qu'il appelle les « causeries explicatives » comme insuffisantes ; pour lui, une certaine mise en scène (position couchée, occlusion des yeux) demeure indispensable pour pratiquer les séances de suggestion pendant laquelle on arrive aux affirmations plus catégoriques, c'est-à-dire aux suggestions proprement dites concernant les divers symptômes présentés par le sujet.

Voici comment procède notre maître, M. le professeur agrégé Roussy, dans son service de Neuro-

logie de guerre à Villejuif : une fois la nature psychique de la lésion reconnue, après avoir pris toutes les précautions nécessaires pour éviter la suggestion médicale, le chef du service explique au malade que sa lésion n'est pas grave, qu'il n'a aucun organe de touché, qu'il ne présente aucune lésion des nerfs ou de la moelle ou du cerveau (selon les cas) ; il le persuade qu'il guérira très vite, mais, pour y arriver, il faut que le malade mette toute sa bonne volonté, car la rapidité de la guérison dépendra de lui-même. Il insiste auprès du malade pour obtenir de lui une affirmation, prononcée à haute voix, qu'il veut guérir promptement et qu'il a pleine confiance.

Ces affirmations sont d'autant plus indispensables que nombre de malades, après avoir traîné dans différents hôpitaux pendant quatre, cinq, six mois, arrivant avec des diagnostics de maladies organiques des plus graves, sont convaincus d'être des grands malades et on a toutes les peines du monde à leur persuader qu'il n'en est rien et qu'ils guériront complètement et rapidement ; d'autres, en perspective d'être renvoyés à leur dépôt, ne sont guère enthousiasmés par une guérison rapide et c'est aussi bien les premiers que les derniers qu'il faut entreprendre tout de suite dès que le diagnostic est posé et tant que l'autorité du médecin n'est pas diminuée par l'habitude.

A chaque nouveau progrès le chef du service tâche d'encourager le malade en faisant appel à son intelligence ; selon les sujets, on est quelquefois obligé

de laisser de côté la méthode douce et d'agir sur le malade par des menaces de punitions disciplinaires.

II. — *Isolement.* — Mais un des moyens les plus rationnels et indispensables comme adjuvant de la psychothérapie est certainement l'isolement. Déjà, Charcot insistait sur son importance et le pratiquait, pas systématiquement cependant ; mais c'est à Weir Mitchell (Amérique) que revient le mérite d'avoir introduit en clinique l'isolement comme moyen de traitement ; en 1881, il publia sa méthode qui eut dans le monde médical un retentissement considérable. A Paris, un des meilleurs services où se pratique, en ce moment, l'isolement absolu est celui du professeur Déjerine à la Salpêtrière.

L'isolement a pour but de soustraire le malade à toutes les influences extérieures capables de suggestionner son cerveau déjà trop impressionnable, de le séparer de sa famille, des amis, de son entourage, dont la commisération exagérée ne peut qu'aggraver le mal.

Il ne suffit pas qu'un malade soit à l'hôpital et ne reçoive pas de visite pour être isolé. S'il reste dans une salle commune, il ne sera point à l'abri de l'hétérosuggestion, d'une part, en voyant la démarche défectueuses des blessés à affections nerveuses organiques ; d'autre part, étant édifié par les pithiasiques en voie de guérison, qui ont fini leur cure d'isolement et qu'on a placés dans la salle commune. Tout récemment encore, nous venons d'observer la confirmation de ce que nous avançons. Un de nos

malades avait été isolé pendant quelques semaines pour mélancolie, sans avoir présenté aucun trouble moteur ; une fois rétabli, on lui permet de se promener, d'aller au réfectoire commun. Or, voyant la démarche défectueuse d'un de nos hémiplégiques, il refait quelques jours après exactement la même démarche et commence à boîter.

Voici comment on pratique l'isolement à l'hôpital Paul-Brousse : Au deuxième étage de l'infirmerie, nous disposons d'une série de chambres spécialement désignées pour l'isolement absolu des grands spastiques névrosés alités. Au premier étage, entre les salles communes, se trouvent des chambres pour l'isolement relatif; les malades sont placés à deux, avec interdiction de quitter la chambre ; les repas leur sont portés dans la chambre même.

On supprime au malade toute permission pendant un certain temps.

On interdit toute espèce de visite.

On retient toute sa correspondance.

Cependant, *l'hygiène morale* étant une des conditions indispensables pour la psychothérapie, celle-ci ne pouvant être efficace si le malade est tourmenté par de l'inquiétude sur le sort des siens et sur tout ce qui se passe dans sa famille, on l'avertit que, dès qu'il y aura quelque chose de grave, on le lui fera savoir immédiatement et il peut être absolument rassuré.

Cet isolement absolu permet de poursuivre deux buts à la fois : d'une part, on soustrait le malade,

comme nous venons de le dire plus haut, à toute hétérosuggestion possible ; d'autre part, on fait pour ainsi dire la rééducation de sa volonté qui, précisément lui manque, en le forçant par les privations qu'il subit à *vouloir* guérir le plus rapidement possible. Quand on voit un mieux dans l'état du malade, on lui accorde, à titre de récompense et d'encouragement, les lettres d'abord, quelques rares visites ensuite et, une fois notablement amélioré, on cesse l'isolement, on replace le malade dans la salle commune et on lui donne quelques permissions.

III. — *Électrothérapie.* — Dans les névroses traumatiques, l'électrothérapie est un moyen curatif non pas par elle-même, mais autant qu'elle présente un moyen efficace de psychothérapie en agissant sur la suggestibilité du malade. On se propose généralement deux buts à poursuivre :

1° Faire disparaître l'anesthésie ;

2° Faire réapparaître les mouvements prétendus impossibles.

a) *Anesthésie.* — L'anesthésie doit être combattue avec beaucoup d'énergie et de persévérance, dès le début. Si complète soit-elle, elle ne résiste point à la faradisation. Aussi faudra-t-il prouver immédiatement au malade que, contrairement à ce qu'il affirme, il sent très bien. Avec la bobine à fil gros, on n'obtient point de résultats, la sensation n'étant pas assez énergique. On commencera d'emblée avec la bobine à fil fin avec interruption rapide (tétanisa-

tion); on augmentera l'intensité jusqu'au moment où le malade indique la perception de la douleur.

En répétant plusieurs fois cette manœuvre dans la même séance, qui doit d'ailleurs être très courte (cinq à dix minutes), et en insistant auprès du malade pour savoir s'il sent sans l'aide de l'électricité, on obtient rapidement en 2, 3 ou 4 séances, la disparition de l'anesthésie, souvent on a déjà un certain résultat après la première séance.

b) *Paralysies.* — Les paralysies hystériques ne présentent jamais le syndrome électrique de dégénérescence. La contraction faradique du muscle et l'excitation faradique du nerf est toujours possible. On montrera au malade que les muscles dont il ne peut se servir se contractent bien sous l'influence du courant. On lui demandera ensuite d'essayer lui-même de produire le mouvement pendant que le courant agit ; puis, diminuant peu à peu la force du courant, enfin en ne laissant en contact qu'un seul tampon pour lui faire croire que le courant agit encore. Suivant les sujets, on obtient quelques ébauches de mouvements dès les premières séances, mouvements qui s'accentuent ensuite ; d'autres sont plus rebelles et l'électricité ne paraît pas donner des résultats évidents.

c) *Contractures.* — D'après le Dr Vurpas, qui fait la rééducation physique de nos névrosés, les sujets spastiques ne sont point justiciables de l'électrothérapie, l'électricité ne faisant qu'accroître les spasmes.

A l'appui de cette opinion, nous pouvons citer les cas de deux de nos malades, Marc.., et Chain... dont nous donnons les observations (V. obs. XVII et XVIII) et dont l'état fut empiré par l'électrothérapie.

IV. — *Rééducation des mouvements et mobilisation.* — Si l'isolement et la psychothérapie sont les moyens indispensables de tout traitement d'un pithiatique, ils ne suffisent point à eux seuls, même avec le concours de l'électrothérapie.

Il est absolument indispensable de pratiquer en même temps chez chacun de ces malades, la rééducation des mouvements et la mobilisation des articulations.

Comme le dit le professeur Déjerine « un paraplégique hystérique a oublié en quelque sorte qu'il avait des jambes; il ne sait plus qu'il en a. C'est; en somme, comme s'il n'en avait jamais eu, comme s'il ne savait pas ce que c'était que la marche. » Il faut donc réapprendre au malade les mouvements qu'il a oubliés.

On a, en somme, deux buts à se proposer :

1° *Faire disparaître l'habitude mauvaise.* — On ne peut obtenir la disparition immédiate des mouvements surajoutés involontaires, surtout s'ils sont quelque peu invétérés. Il faudra essayer de diminuer progressivement leur intensité et leur répétition. Ces mouvements sont automatiques ; mais si, dit le professeur Grasset, l'automatisme augmente avec la répétition, il n'en est pas moins soumis au contrôle

des fonctions psychiques supérieures. C'est ce contrôle qu'il faudra augmenter;

2° *Pratiquer une nouvelle éducation.* — Le malade ayant oublié le mouvement à faire ou le faisant défectueusement, il est indispensable de procéder à sa rééducation.

Quoique le rôle moteur des images soit considérable dans cette rééducation, il est néanmoins certain que c'est surtout en agissant directement sur le membre atteint qu'on obtiendra des résultats rapides et appréciables.

On peut cependant combiner facilement les deux méthodes.

La rééducation physique est pratiquée à Paul-Brousse, par M. le Dr Vurpas, médecin des Hôpitaux, qui dirige ce traitement depuis le début de l'installation du service des blessés.

Voici quels en sont les principes :

Les exercices n'exigent aucune instrumentation et se font manuellement. Le Dr Vurpas estime qu'avant toute éducation des muscles, il faut procéder à la mobilisation des articulations, ces dernières étant souvent longtemps immobilisées par la contracture des muscles périarticulaires.

Il conseille de commencer toujours par la racine du membre, ayant constaté maintes fois de la raideur articulaire au-dessus de la partie impotente du membre.

Ainsi, pour le .membre supérieur, on mobilisera d'abord l'articulation de l'épaule, puis celle du

coude, enfin le poignet et les doigts. On procédera dans le même ordre pour le membre inférieur.

Une fois le jeu des articulations suffisamment libre, on commencera la rééducation musculaire. Ici, il faudra souvent lutter contre les contractures musculaires et les rétractions tendineuses résultant des positions vicieuses du membre. On fera faire au malade toutes sortes de mouvements, en commençant par les exercices simples et, au fur et à mesure d'une amélioration, on compliquera les mouvements.

Ainsi, pour le *membre supérieur*, on exercera d'abord le *bras* : élévation, écartement, antépulsion, rétropulsion, en faisant bien attention que le malade ne se serve pas de son trapèze, ce qui se traduirait par des mouvements d'élévation et d'abaissement de l'omoplate qui, normalement, doit être immobile.

Ensuite *l'avant-bras* : les mouvements de flexion, de pronation, de supination. Finalement, les mouvements du poignet et des doigts.

Le malade ayant acquis déjà une certaine aise dans les mouvements, on compliquera un peu l'exercice. On lui dira, par exemple, de mettre la main derrière la nuque. On fera faire des mouvements combinés des deux bras (croiser les bras en arrière, etc.).

Membre inférieur. — Les exercices du membre inférieur sont beaucoup plus variés. On fera faire d'abord des mouvements actifs d'écartement, antépulsion, rétropulsion, flexion de la cuisse sur le bassin ; mouvements de la jambe, du pied, des

orteils. Ensuite, on forcera le malade à se tenir debout sur la jambe impotente. On le soutiendra un peu au début, de moins en moins ensuite. On fera faire des mouvements combinés des deux jambes : 1° la course ; 2° des petits sauts, les pieds joints, le malade debout ou accroupi sur ses genoux ; 3° le sautillement sur place : 4° les mouvements d'assouplissement du tronc sur le bassin, le malade étant debout, les talons joints ; 5° on fera faire de grands pas pour donner du jeu à l'articulation ; 6° on ordonnera au malade de monter sur un tabouret et d'en descendre.

Il est bien entendu qu'on ne manquera jamais de continuer la mobilisation articulaire.

Durée des séances. — Les séances de rééducation physique devront être courtes, surtout au début. On commencera par des mouvements très limités, très simples, très faciles et surtout, ce qui est très important, on agira avec beaucoup de douceur, sans brusquer le malade, étant données les très fortes douleurs, pendant l'exercice, des muscles contracturés.

Il faut cesser l'exercice avant le commencement de la fatigue, qui survient assez rapidement, quand le malade fait des efforts réels. Les mouvements, sous l'influence de la fatigue devenant moins bons et cette constatation ne pouvant que décourager le malade et compromettre les résultats, on ne gagnerait rien à prolonger la séance.

Progrès. — Les progrès obtenus par la rééducation sont variables, non seulement suivant les troubles

que présentent les malades, mais surtout suivant leur intelligence. Si les progrès sont lents, réguliers, leur mécanisme est inconscient ; peu à peu, les éléments défectueux du mouvement disparaissent, les associations des autres mouvements, la coordination se font plus parfaitement et ainsi, insensiblement, le malade s'approche de la guérison.

Nous sommes convaincu que les résultats satisfaisants qui ont été obtenus dans notre service (la plupart des malades sortant guéris) sont dus pour une grande part au traitement par la rééducation physique, les malades affirmant à l'unanimité que c'est surtout cette dernière qui les a notablement améliorés, puis guéris.

OBSERVATIONS (1)

OBSERVATION I (Inédite personnelle.)

(Duchenne-Erb. *Impotence fonctionnelle à type brachial supérieur.*

Nat... Théophile, trente-cinq ans, 279e d'infanterie, blessé à Ablain-Saint-Nazaire le 18 décembre 1914 à l'épaule gauche. Cicatrice de plaie par balle de mitrailleuse ; orifice d'entrée vers le milieu du bord axillaire de l'omoplate, orifice de sortie à la partie moyenne du bord spinal de l'omoplate. Ces blessures ont guéri en un mois, sans laisser aucune gêne des mouvements de l'articulation.

Par contre, il y a impotence partielle de l'épaule droite, mais cette impotence est de longue date, car elle est survenue à la suite d'un coup de foudre pendant un orage, il y a douze ans. Depuis ce temps, le malade ne pouvait lever facilement son épaule, mais n'en souffrait jamais et continuait son travail de cultivateur.

Il indique nettement que depuis sa blessure ses mouve-

1. Toutes nos observations ont été prises par nous dans le service de notre maître M. le professeur agrégé Roussy, sous sa direction ; plusieurs en collaboration avec M. le Dr J. Mégévand, médecin-adjoint et M. le Dr J. Ichlondsky, ancien interne du service.

ments sont devenus plus limités et surtout qu'il souffre de l'épaule, principalement la nuit.

Examen du malade. — Tous les mouvements de l'épaule se font avec limitation, pas très accentués, du reste. Il lève le bras à 90 degrés, l'écarte facilement ; les mouvements du bras en arrière et en avant se font aussi assez bien. Pas d'atrophie des muscles de l'épaule. Réflexes deltoïdien, dorsal, sus-épineux bons.

Pas de troubles de la sensibilité objective. Pas de raideur de l'articulation de l'épaule.

Électro-diagnostic. — Pas de modifications de la contractilité faradique des muscles de l'épaule, ni dans l'excitation faradique du nerf circonflexe.

Il s'agit donc d'une impotence psychique de l'épaule droite.

OBSERVATION II

(Publiée par M. le Dr Roussy, *Presse méd.*, no 15, 8 avril 1915.)

Monoplégie douloureuse du membre supérieur gauche (fausse névrite) avec contracture de l'épaule, datant de quatre mois, consécutive à une fièvre typhoïde.

B... Marcel, âgé de trente ans, du 23e colonial, est renvoyé du front le 12 septembre pour *troubles nerveux* survenus à a suite d'une violente secousse provoquée par le vent du boulet. Le malade n'a pas perdu connaissance. Il est renvoyé à son dépôt à Paris, où on le maintient en observation ; mais, quinze jours après, il y contracte la *fièvre typhoïde* pour laquelle on le soigne dans un hôpital de Paris, depuis le début d'octobre. Vers le 15 octobre apparaissent des phé-

nomènes douloureux dans le cou, le membre supérieur gauche. On porte le diagnostic de névrite, qui, au dire du malade, l'aurait beaucoup impressionné. Une fois sa fièvre typhoïde guérie, il sort en congé de convalescence de deux mois, mais conservant toujours une impotence complète du membre supérieur gauche, qui reste très douloureux. La convalescence terminée, le malade est évacué sur Villejuif où il entre le 24 janvier 1915.

Antécédents nerveux. — Le malade a été réformé dans l'armée active pour des crises hystériques ; actuellement il est engagé volontaire.

Examen du malade

I. — **Motricité.** — Impotence complète du bras. Le malade écarte à peine le bras du tronc, ne peut relever le bras, ni le porter en arrière ou en avant. Les mouvements de l'avant-bras se font, mais sont un peu limités. Les mouvements de la main sont normaux.

Quelques craquements dans l'articulation de l'épaule.

II. — **Réflectivité.** — Réflexe du deltoïde normal.

Tricipital	—
Stylo-radial	—
Cubito-pronateur	—
Fléchisseurs	—

III. — **Contractilité musculaire.** — Diminuée pour la main gauche.

IV. — **Résistance musculaire** des muscles du bras et de l'avant-bras presque normale.

V. — **Électro-diagnostic.** — Pas de réaction de dégéné-

rescence. Réaction électrique normale de tous les muscles du bras et de l'avant-bras gauche.

VI. — **Sensibilité.** — a) *Sensibilité subjective.* — Le malade éprouve de fortes douleurs dans tout son bras gauche. Il pousse des cris et cherche à se défendre dès qu'on tente de lui mobiliser le membre.

b) *Sensibilité objective.* — Normale.

VII. — **Trophicité, vaso-motricité.** — Aucun trouble.

On confie le malade au Dr Vurpas pour la mobilisation et rééducation des mouvements. On pratique en même temps des applications d'air chaud.

Les troubles moteurs et les douleurs s'amendent à vue d'œil.

Le malade sort complètement guéri le 20 mars 1915.

OBSERVATION III (Inédite, personnelle)

Paralysie hystérique du bras gauche à type brachial total avec localisation paradoxale.

M..., Valence, 3e zouaves, âgé de vingt-quatre ans, a été blessé le 23 décembre 1914 à Nieuport. Sort guéri de sa blessure, sans présenter aucun trouble moteur. Il revient sur le front la seconde fois le 8 mars, mais là on s'aperçoit qu'il ne peut se servir de son bras gauche et on l'envoie à l'hôpital Notre-Dame, à Épernay, d'où il est évacué sur Villejuif le 4 avril 1915.

Examen du malade

A. — **Blessure.** — Cicatrice de plaie par balle de fusil entrée au niveau du tragus de l'oreille gauche, en emportant un morceau de cartilage ; la balle traverse la conque et,

après un trajet en séton, sort à 3 centimètres en arrière de l'oreille. Une dizaine de jours après sa blessure, le malade s'aperçoit qu'il se sert avec difficulté de son bras gauche.

B. — **Attitude.** — Le membre pend inerte le long du corps.

C. — **Motricité.** — a) *Mouvements passifs.* — Facile dans toutes les articulations. Un peu de raideur dans celle du poignet.

b) *Mouvements actifs* : *Bras.* — Écarte le bras à un angle de 120 degrés, mais ne peut l'amener à la verticale ; néanmoins, si on lui lève le bras, et si on insiste pour qu'il ne l'abaisse pas, il arrive à exécuter cet ordre.

Avant-bras. — Fléchit facilement l'avant-bras sur le bras, porte la main sur l'épaule droite. Les mouvements de pronation, supination et extension se font également.

Main. — Extension de la main limitée par suite d'une raideur du poignet, adduction et abduction également limitées, mais possibles. La flexion des doigts incomplète par suite d'une raideur des articulations métacarpo-phalangiennes et interphalangiennes. En résumé, tous les mouvements du membre supérieur gauche existent.

D. — **Résistance musculaire** du deltoïde, biceps, triceps long supinateur diminuée. Force musculaire de la main très fortement diminuée.

E. — **Réflectivité** :

Réflexe	du deltoïde à l'épine de l'omoplate	normal
—	Tricipital	—
—	Stylo-radial	—
—	Fléchisseurs	—
—	Cubito-pronateur	—

F. — **Électro-diagnostic.** — Pas de R. D. des muscles du bras, de l'avant-bras et de la main.

G. — **Sensibilité.**

a) *Sensibilité subjective.* — Pas de douleurs.

b) *Sensibilité objective.*

1° *Sensibilité superficielle.* — A l'épaule, au bras, à l'avant-bras, normale. A partir de l'interligne articulaire du poignet : anesthésie complète au toucher (pinceau de blaireau) et à la piqûre, à la face palmaire de la main (exceptée une petite bande sensible entre les éminences thénar et hypothénar).

2° *Sensibilité profonde.* — Normale.

H. — **Vaso-motricité.** — La main présente une teinte bleuâtre ; au toucher elle est beaucoup plus froide que la main droite. Le malade dit que lorsqu'il fait froid, sa main s'engourdit complètement et qu'il ne la sent presque pas.

I. — **Trophicité.** — On ne note aucun trouble ni du côté de la peau, ni du côté des phanères cutanés.

Étant donné l'électro-diagnostic négatif, l'absence de troubles de la réflectivité, la diminution d'action de tous les muscles du membre supérieur en bloc, sans limitation à un territoire nerveux défini, l'absence de troubles trophiques et l'anesthésie de la main en gant ne correspondant à aucune distribution nerveuse périphérique, on porte le diagnostic de paralysie hystérique. A noter cette localisation absolument illogique, la blessure siégeant au niveau de l'oreille, loin par conséquent de tout nerf moteur du bras.

On fait une faradisation au fil fin ; l'anesthésie de la main a un peu diminué.

Le malade est confié au Dr Vurpas pour la rééducation des mouvements et la mobilisation.

17 juin. — Le malade est complètement guéri. L'anesthésie de la main et les troubles vaso-moteurs ont disparu.

OBSERVATION IV (Inédite, personnelle)

Monoplégie hystérique de la main gauche datant de six mois, consécutive à une blessure de la main.

Zam..., Ali, vingt-quatre ans, 4e régiment de tirailleurs algériens, blessé à la main gauche le 21 septembre 1914 dans la région de Reims. Évacué du front à Bois-Colombes. Peu de temps après sa blessure, il s'aperçoit que sa main s'engourdit, devient lourde, maladroite.

Après être passé par plusieurs hôpitaux, il entre à Villejuif le 12 mai 1915.

Antécédents nerveux. — On ne trouve aucun antécédent nerveux.

Examen du malade

A. — **Blessure.** — Cicatrice de plaie par éclat d'obus ; orifice d'entrée à la face dorsale de la main gauche, au niveau de la tête du troisème métacarpien ; orifice de sortie à la face dorsale de l'avant-bras, à 3 centimètres au-dessus de l'interligne de l'articulation radio-carpienne. Une seconde cicatrice de plaie par éclat d'obus à la face dorsale de la même main, à 1 centimètre au-dessus de la tête du cinquième métacarpien ; l'éclat n'est pas sorti ; on le sent nettement au-dessous de la peau, à l'extrêmité antérieure du troisième espace interosseux.

B. — **Attitude du membre.** — Le malade soutient sa main par une écharpe, ou bien avec la main droite (Il le fait parce que le bras lui paraît très lourd et se gonfle dès qu'il le laisse tomber).

Le membre pend inerte le long du corps ; quand on soutient l'avant-bras, la main retombe flasque en flexion palmaire sur l'avant-bras, les doigts en extension sur la main, en attitude de paralysie radiale.

C. — **Motricité.** — I. *Mouvements passifs.* — Faciles à l'épaule et au coude gauche.

Au poignet, certaine gêne à l'extension et à la flexion.

Un peu de raideur dans les articulations métacarpo-phalangiennes et phalango-phalangiennes ; les mouvements de flexion, d'extension, d'écartement passifs des doigts de la main gauche sont limités.

II. *Mouvements actifs.* — Épaule et coude normaux. A noter que pendant la flexion de l'avant-bras, on voit très bien la corde du long supinateur.

Poignet :	extension de la main	nulle
—	flexion de la main	—
—	abduction de la main	—
—	adduction de la main	—
Doigts :	extension	—
—	flexion	—
—	écartement	—

D. — **Force et résistance musculaire.** — Très diminuée pour le deltoïde, le biceps, le triceps, nulle dans la main.

E. — **Réflectivité.** — Réflexes stylo-radial, cubito-pronateur, fléchisseurs normaux.

F. — **Électro-diagnostic** (fait au Val-de-Grâce). — Pas de R. D. Réaction électrique normale dans tous les muscles du membre supérieur gauche.

G. — **Radiographie.** — Un petit éclat d'obus dans le deuxième espace interrosseux.

H. — **Sensibilité.**

a) *Sensibilité subjective.* — Le malade souffre légèrement de son épaule droite. Les mouvements passifs du poignet et des doigts sont douloureux.

b) *Sensibilité objective.*

1° *Sensibilité superficielle.* — Le malade ayant les yeux fermés, on constate une *anesthésie complète au tact et à la piqûre*, remontant en avant et en arrière à 8 centimètres au-dessus de l'interligne radio-carpien.

Hypoesthésie au pinceau de blaireau et dysesthésie à la piqûre, faisant suite à l'anesthésie et s'arrêtant à 4 centimètres au-dessous de l'interligne du coude. Cette anesthésie aussi bien que l'hypoesthésie s'arrêtent nettement par une ligne circulaire perpendiculaire à l'axe du membre, prenant la forme d'un gant et ne correspondant, par conséquent, à aucune topographie nerveuse périphérique.

2° *Sensibilité profonde.* — Sensibilité osseuse au diapason, sens stéréognostic, notion des attitudes abolies.

I. — **Vaso-motricité.**—Aspect bleuté de la main gauche. Le malade dit que dès qu'il abaisse le membre, sa main devient très lourde et se gonfle ; on voit, en effet, les veines superficielles devenir turgescentes aussitôt.

J. — **Trophicité.** — Peau mince, plus transparente que du côté sain. Plis cutanés moins accentués ; espaces interosseux effacés; ongles moins brillants, mais sans déformation, ni

cassure ; croissance de l'ongle un peu exagérée. Hyperthrichose légère des doigts.

Vu l'électro-diagnostic négatif, la réflectivité normale, l'intégrité de la corde du long supinateur, l'absence de mouvements non seulement dans la sphère du radial, mais dans toute la main, l'anesthésie en gant ne correspondant à aucune topographie nerveuse périphérique, on diagnostique une paralysie hystérique pseudo-radiale.

Après une faradisation intense, l'anesthésie disparaît en partie.

Le malade est confié au Dr Vurpas pour la rééducation des mouvements.

OBSERVATION V (Inédite, personnelle)

Paralysie hystérique de la main gauche en attitude de paralysie radiale et contracture hystérique du membre inférieur droit à prédominance du côté de la hanche et du genou, datant d'un mois.

M... Ben el Hadj Méki, 1er goumier algérien, blessé à la jambe droite le 29 août 1914. Évacué sur un hôpital de Bordeaux où il reste quarante jours. Sort guéri, sans aucune impotence du membre et revient sur le front. Après un mois de séjour dans les tranchées où il était souvent trempé dans l'eau jusqu'à la ceinture, il s'aperçoit que son membre inférieur droit devient de plus en plus lourd et il commence à boiter. Reste tout de même dans les tranchées jusqu'au 3 janvier 1915, jour où il est blessé à la main gauche, à la Grande-Dune. On l'évacue sur l'hôpital Saint-Martin, à Paris, puis

au Val-de-Grâce. Il entre enfin à Paul-Brousse (Villejuif) le 5 février 1915.

Examen du malade

A. — **Blessures.** — *a*) Cicatrice de plaie par coup de baïonnette sur la face antérieure de la cuisse droite à quatre travers de doigt au-dessus de la rotule.

b) Cicatrice de plaie par coup de lance de la face dorsale du pied droit au niveau de la deuxième rangée du tarse.

c) Plaie par balle de fusil de la main gauche ; orifice d'entrée : face palmaire au niveau de la deuxième articulation métacarpo-phalangienne ; orifice de sortie ; face dorsale, tête du deuxième métacarpien.

II. — *Membre supérieur gauche.* — a) *Attitude.* — Le blessé soutient sa main gauche par une écharpe. La main pend inerte en flexion palmaire sur l'avant-bras, les doigts en extension ; en somme, en attitude de paralysie radiale.

B. — **Motricité.**

Mouvements passifs. — Les mouvements de l'articulation de l'épaule sont normaux ; un peu de raideur dans l'articulation du coude. Au poignet et aux doigts, tous les mouvements existent, mais sont très douloureux.

Mouvements actifs. — Les mouvements actifs de l'épaule et du coude se font facilement. Ceux du poignet sont nuls, le malade ne pouvant ni étendre la main sur l'avant-bras, ni la déplacer en dedans ou en dehors, ni la fléchir.

Aux doigts, les mouvements sont nuls également. L'extension, la flexion, l'écartement des doigts sont impossibles. On note cependant une ébauche de flexion de la phalangette du pouce.

C. — **Réflectivité.** — *Électro-diagnostic.* — Pas de D. R. Étend parfaitement la main sur l'avant-bras ainsi que les cinq doigts sous l'influence du courant.

D. — **Sensibilité.** — 1° *Sensibilité subjective.* — Pas de douleurs spontanées au membre supérieur, mais le malade dit que ce membre est très lourd.

2° *Sensibilité objective.*

3° *Sensibilité superficielle.* — Anesthésie complète à la piqûre et au pinceau de blaireau de toute la main et de l'avant-bras jusqu'à deux travers de doigt au-dessous du sommet de l'olécrane en arrière, s'arrêtant sur une ligne droite perpendiculaire à l'axe du membre. En avant, l'avant-bras présente une zone d'hypoesthésie qui commence en bas, à quatre travers de doigt au-dessus de l'interligne du poignet présentant un diamètre de 4 centimètres environ et remontant en s'élargissant pour s'arrêter à la hauteur de la ligne d'anesthésie postérieure, un peu au-dessous du coude.

4° *Sensibilité profonde.* — Intacte.

Troubles circulatoires. — La main est cyanosée. Il n'y a pas de glossyskin, mais la peau paraît plus mince, plus transparente. Le blessé est obligé de soutenir sa main par une écharpe, car si elle est abaissée, le membre lui paraît très lourd. Le froid agit défavorablement, la main se cyanosant davantage, devenant encore plus gênante.

E. — **Trophicité.** — On ne note pas de troubles trophiques du côté des phanères, pas d'hypertrichose, pas d'anomalie dans l'aspect, la structure, ni dans la croissance des ongles.

III. — *Membre inférieur droit*

A. — **Attitude.** — Normale.

B. — **Motricité.** — I. *Mouvements passifs.* — Existent dans

les trois articulations, mais provoquent de fortes douleurs au pli de l'aine, au genou et au cou-de-pied.

2° *Mouvements actifs.* — Le sujet élève le membre inférieur au-dessus du plan du lit, mais fléchit à peine le genou, ne remue ni le pied, ni les orteils, excepté le gros orteil.

3° *Marche.* — Le blessé marche en s'appuyant sur une grosse canne, le membre droit en extension complète, sans fléchir le genou, en décrivant dans l'air un arc de cercle.

C. — **Réflectivité.** — Normale.

B.— **Électro-diagnostic.**— Pas de R. D. des muscles de la jambe.

C. — **Sensibilité.** — 1° *Sensibilité subjective.* — Douleurs dans le genou gauche et tout le membre inférieur droit. Ces douleurs, sous forme d'élancements, reviennent par accès, particulièrement quand le malade est couché.

2° *Sensibilité objective.* — On ne note aucun trouble.

Troubles circulatoires. — Très légers, le pied droit paraissant un peu plus froid que le pied gauche.

Évolution. — Après la première faradisation un peu intense au fil fin à interruption rapide, l'anesthésie a disparu. Le malade est mis à l'isolement et confié au Dr Vurpas qui pratique dans le service la rééducation des mouvements et la mobilisation.

3 avril 1915. — La marche est devenue tout à fait normale. Le blessé marche sans canne, en fléchissant le genou, sans boiter, ni écarter sa jambe droite. Les douleurs ont disparu.

Les mouvements de la main sont complètement rétablis ; le malade éprouve encore une certaine gêne en se servant de son membre.

15 avril. — Le malade est tout à fait rétabli et sort complètement guéri.

OBSERVATION VI (Inédite, personnelle)

Pseudo-coxalgie droite consécutive à une contusion de la fosse iliaque droite avec appendicite post-traumatique

B... René, 113e d'infanterie, vingt-trois ans, a été, le 9 septembre 1914, à Bar-le-Duc, contusionné à l'abdomen, fosse iliaque droite, par un éclat d'obus qui a traversé sa capote, mais n'a pas pénétré. Le malade ne perd pas connaissance, mais il vomit. On l'évacue sur Monte-Carlo; repos au lit, glace sur le ventre et diète hydrique. Le 25 octobre le malade est évacué sur Paris, à l'ambulance des magasins du Louvre où il fut opéré par le Dr Baumgarter, une heure après son arrivée (d'appendicite avec péritonite à forme hypothermique). On lui enlève l'appendice et on le draine.

Encore à l'hôpital de Monte-Carlo, en commençant à se lever, le malade éprouve des tiraillements douloureux dans le ventre ; dès qu'il se met à marcher, on est obligé de lui donner des béquilles. Depuis l'opération, ces tiraillements se sont accentués notablement.

Antécédents nerveux. — Le malade, de constitution essentiellement émotive, est souvent contrarié pour la moindre des choses et alors pleure de colère. A eu à Monte-Carlo quatre crises nerveuses, dont deux avec perte de connaissance. Aucun antécédent bacillaire, ni personnel, ni héréditaire.

Examen du malade

a) *Pendant la marche.* — Cambrure lombaire du côté droit. Le malade fait une sorte de révérence à chaque pas, en inclinant fortement le tronc sur le côté droit et en avant, en immobilisant la hanche. Il fléchit le genou et n'appuie que sur le talon antérieur du pied. Il souffre pendant la marche, rougit, s'émotionne et, au bout de quatre ou cinq pas, il est fatigué ;

b) *Debout.* — On ne trouve aucune déformation. Il n'y a ni inclinaison, ni antéversion du bassin. Les deux épines iliaques sont à la même hauteur et dans le même plan saggital. Pas d'ensellure lombaire. Pas de raccourcissement du membre. Léger abaissement du pli fessier. Pas d'abduction ou adduction, ni rotation du membre qui est bien parallèle à celui du côté opposé.

c) *Malade couché.* I. **Attitude.** — Léger raccourcissement apparent du membre. Cambrure lombaire de ce côté. Attitude du membre normale. Pas de flexion ni abduction de la cuisse, ni rotation externe.

II. **Motricité.** — a) *Mouvements provoqués.* — L'abduction de la cuisse et sa flexion sur le bassin sont limités par suite de la contracture des pelvi-trochantériens. La percussion du grand trochanter n'est pas douloureuse. Le choc de bas en haut sur la rotule, sur le calcanéum ne produit pas de douleur de la hanche.

b) *Mouvements spontanés.* — Ils se font bien dans le genou et le cou-de-pied.

III. **Réflectivité.** — Réflexe rotulien, nettement vif des deux côtés.

Réflexe achilléen, nettement vif des deux côtés.

Réflexe stylo-radial, normaux.

Réflexe cubito-pronateur, normaux.

IV. **Inspection et palpation.** — Pas de chaleur, ni gonflement de la région.

V. **Radiographie.** — Rien d'anormal.

VI. **Trophicité.** — Pas d'amyatrophie de la hanche, ni de la cuisse.

VII. **Poumons.** — Rien d'anormal, ni à la percussion, ni à l'auscultation.

VIII. **Sensibilité.** — a) *Sensibilité subjective.* — Au lit et immobile, le malade ne souffre pas, mais quand on lui mobilise la hanche ou quand il marche, il éprouve des tiraillements douloureux dans le bas-ventre et la cicatrice opératoire, ce qui le force, en marchant, à incliner le tronc en avant et en bas et à s'appuyer sur la pointe du pied en boitant comme un coxalgique. Le malade ne souffre pas de la hanche.

b) *Sensibilité objective.* — Pas de troubles.

Le malade est confié au docteur Vurpas pour la rééducation physique et isolé dans une chambre.

17 juin 1915. — On note une amélioration très considérable dans l'état du malade.

OBSERVATION VII

(En collaboration avec le Dr J. Ichlondsky.)

Monoplégie crurale gauche douloureuse (à type fausse sciatique) d'origine hystérique, par l'éclatement d'obus à distance.

(Le malade a été présenté le 18 février 1915 à la Société de Neurologie par M. le Dr Roussy.)

D..., Marcel, 132e d'infanterie, âgé de vingt-quatre ans, par suite d'éclatement d'obus à 2 mètres de lui, a été projeté en l'air le 1er septembre 1914. Il tombe à la renverse et perd connaissance immédiatement.

Reste dans le coma pendant quatorze jours avec fièvre élevée allant jusqu'à 41°2, d'après le malade. Au moment de sa chute, il aurait eu un écoulement de sang par la bouche, le nez et l'oreille droite. Pendant ces quatorze jours d'état comateux, le malade ne prenait aucune nourriture par la bouche, excepté le champagne ; on le nourrissait par des lavements alimentaires.

A noter cependant que le coma n'était pas complet, vu que le malade voyait quelquefois son entourage, entendait les voix et comprenait ce qu'on lui disait, mais sans pouvoir proférer une parole lui-même. Au bout de ces quatorze jours il reprend peu à peu connaissanee, mais ce n'est que six semaines après qu'il se remet complètement de son état. Cependant il lui arrive même actuellement d'éprouver par moments des bourdonnements d'oreille, sa vue se trouble, il est pris d'angoisse inexprimable et ne se rend plus compte

de ce qui se passe autour de lui ; au bout d'une heure, parfois plus, tout cela se dissipe. Pendant la première semaine, le malade a présenté quelques troubles sphinctériens.

Le premier mois il urine du sang. Pas d'hémoptysies. Au bout d'un mois d'alitement, le malade commence à se lever et constate une impotence complète de son membre inférieur gauche.

Antécédents. — Pas d'accidents névropathiques à proprement parler. Constitution essentiellement émotive.

Examen du malade

A. — **Motricité**. — a) *Mouvements actifs*, le malade examiné au lit :

Impossibilité de soulever le membre inférieur gauche au-dessus du plan du lit. Il ébauche à peine la flexion de la jambe sur la cuisse. Au pied, les mouvements d'abduction, d'adduction, de flexion et d'extension sur la jambe sont à peine ébauchés. On constate de même une diminution notable des mouvements des orteils.

b) *Démarche*. — Le malade marche à l'aide d'une canne en portant son membre inférieur gauche fortement en dehors ; il traîne la jambe sans faire le moindre mouvement de flexion du genou et sans détacher le pied du sol. Tout le corps se porte du côté opposé. Cette démarche produit en somme l'impression de celle d'un homme qui souffre, et non celle provoquée par une lésion nerveuse périphérique (steppage).

B. — **Force musculaire**. — Nettement diminuée au pied gauche.

C. — **Réflectivité.** — Réflexe rotulien : unpeu vif à droite, normal à gauche.

Réflexe achilléen : normal des deux côtés.

D. — **Électro-diagnostic.** — Pas de R. D. des muscles de la cuisse et de la jambe.

E. — **Sensibilité.** — a) *Subjective.* — Le malade souffre beaucoup de sa jambe gauche, principalement quand on cherche à lui mobiliser le membre.

b) *Objective.* — Anesthésie au pinceau de blaireau et à la piqûre de tout le membre inférieur gauche, ne correspondant à aucune topographie radiculaire.

F. — **Vaso-motricité.** — Le pied gauche est un peu cyanosé et plus froid que le pied droit.

G. — **Trophicité.** — Pas de troubles trophiques.

Après une faradisation un peu énergique, on note la disparition de l'anesthésie. On isole le malade et on le confie au Dr Vurpas.

3 février 1915. — Il y a une légère amélioration de l'attitude du pied ; le malade marche déjà sans canne et l'abduction du pied est moins prononcée.

12 février. — La marche et les mouvements s'améliorent.

Quitte l'hôpital le 2 juin, en boîtant encore légèrement.

OBSERVATION VIII (Inédite, personnelle)

Hémiplégie hystérique gauche avec hémichorée, consécutive à une plaie droite du crâne suivie de trépanation

B... Adrien, 162e d'infanterie, blessé à la tête le 1er octobre 1914 à Sillery (Marne), a perdu connaissance immédiatement

après la blessure. On le transporte à Mailly où il fut trépané. Il ne reprend connaissance que le 5 octobre. Le 9 octobre il est évacué sur Épernay où il demeure jusqu'au 8 novembre. Pendant tout ce temps il put remuer le bras et la jambe gauches, mais ces mouvements étaient limités, principalement pour le membre supérieur. En même temps il présentait des mouvements involontaires, désordonnés, à grande amplitude, à caractère choréique, localisés surtout au bras gauche.

18 novembre. — Le malade est évacué sur Bois-Colombes. Pendant son séjour, il y fait cinq crises nerveuses : ces crises le prenaient au lit ; il perdait connaissance, ne se mordait pas la langue, ne perdait pas les urines, ne pleurait pas, il se débattait. On le soumet au traitement électrique (bains électriques, franklinisation).

C'est là qu'il commence à marcher à l'aide d'une canne en traînant la jambe gauche. De Bois-Colombes, il est envoyé à l'hôpital des Trois-Quartiers. Là, les mouvements choréiques du bras gauche continuent toujours, mais en s'améliorant ; le sujet marche, la jambe gauche encore en extension complète, sans fléchir le genou. Le malade quitte l'hôpital avec le diagnostic d'hémiplégie organique et hémichorée, le 14 janvier 1915, pour entrer à l'hôpital Paul-Brousse (Villejuif).

Antécédents. — Le malade n'a jamais présenté aucune manifestation névropathique.

Examen du malade

A. — **Blessure.** — Cicatrice de plaie avec perte de substance osseuse de la grosseur, environ, d'une pièce de 5 francs,

siégeant *à la partie postérieure du pariétal droit, loin en arrière de la zone psycho-motrice.*

B. — **Motricité**. I. *Face.* — A l'inspection, pas de paralysie faciale inférieure, ni paralysie faciale supérieure. Les rides du front, les plis cutanés de la joue et du menton sont également accentués des deux côtés. Les deux yeux se ferment complètement et avec égale intensité. Les commissures labiales ne sont pas abaissées. Pas de déviation oblique ovalaire de la bouche. La langue n'est pas déviée.

II. *Membre supérieur.* — Les mouvements dans l'épaule, le coude, le poignet et les doigts sont ébauchés. Le membre garde sa tonicité normale, il ne pend pas inerte.

Pas de signe de Hœsslin (le bras du malade ne retombe pas brusquement).

Signe de Raïmiste (chute en flexion de la main aussitôt qu'on cesse de la maintenir sur l'avant-bras maintenu vertical) — négatif.

Pas de signe de Klippel (flexion spontanée du pouce par redressement forcé des doigts).

Pas de signe de Bechterew (la flexion de l'avant-bras sur le bras se faisant en deux temps, avec ressaut, signe d'hémiplégie organique).

Signe du peaucier (*Babinski*). — Négatif.

III. *Membre inférieur.* — Les mouvements de la hanche, du genou, du cou-de-pied, des orteils sont limités, mais moins qu'au bras gauche.

Démarche. — Le malade marche la jambe en extension sans plier le genou. *Il ne fauche pas*, mais traîne sa jambe derrière lui, la pointe du pied et le dos des orteils frottant le sol.

Étude des mouvements associés

1° Quand on ordonne au malade de serrer un objet avec la main droite saine, la main gauche malade n'esquisse pas le mouvement et les muscles ne s'y contractent pas ;

2° Dans l'effort de résistance au mouvement d'adduction ou d'abduction du côté sain, le membre gauche malade n'exécute pas de mouvement similaire;

3° Pas de flexion combinée de la cuisse et du tronc (phénomène de Babinski).

C. — **Réflectivité :**

Réflexe	du deltoïde	normal des deux côtés.	
—	tricipital	—	—
—	stylo-radial	—	—
—	cubito-pronateur	—	—
—	des fléchisseurs	—	—
—	abdominal	—	—
—	crémastérien	—	—
—	rotulien	—	—
—	achilléen	—	—

— Babinski, pas d'extension du gros orteil, au contraire flexion nette.

— Oppenheim, négatif.

— du facia lata, négatif.

— pupillaire : *a*) à la lumière, normal.

— — *b*) à l'accommodation, normal.

Pas de trépidation épileptoïde du pied, pas de clonus de la rotule.

D. —**Sensibilité.** — I. *Sensibilité subjective.* — Le blessé se plaint de maux de tête, surtout au niveau de la plaie, au pariétal droit; il sentirait à cet endroit des battements, plus

accentués quand il est fatigué ; il est toujours obligé de reposer la tête du côté opposé. Pas de douleurs aux membres.

II. *Sensibilité objective.*

a) *Sensibilité superficielle.* — Hémianesthésie gauche, atteignant peu la face, surtout prononcée aux membres supérieur et inférieur, au tronc moins accusée en avant et presque absente en arrière. Le blessé dit que les deux membres atteints lui paraissent lourds, comme s'ils étaient en plomb.

b) *Sensibilité profonde.* — Pas de troubles de la sensibilité profonde. Pas de perte du sens stéréognostique. Pas de troubles de la perception des attitudes. Sensibilité osseuse au diapason conservée.

E. — **Trophicité.** — Pas d'amyotrophie des deux membres gauches ; les saillies musculaires ont gardé leur volume normal; néanmoins la force musculaire de la main gauche est très notablement diminuée.

Au dynamomètre on trouve : maximum, 11 à gauche.

— — 41 à droite.

La force musculaire du pied gauche est également fortement diminuée.

La peau est plus mince et transparente que du côté droit ; légère opacité des ongles.

F. — **Vaso-motricité.** — La main et le pied gauches sont nettement cyanosés.

Les membres sont plus froids que du côté opposé ; le blessé dit que les extrémités gauches deviennent toutes bleues sous l'action du froid.

Le signe de la tache blanche existe. Pas de troubles de la croissance des phanères. Pas d'hypertrichose, pas de troubles dans la structure, l'aspect et la croissance des ongles.

G. — **Parole**. — En même temps que l'hémiplégie, s'installe chez le malade un bégaiement très accentué, qui a même été qualifié d'aphasie dans un des services où il était soigné, ce qui du reste est incompréhensible, *le malade étant droitier et la lésion cranienne siégeant non pas à gauche, mais à droite.* Le malade n'a jamais présenté de troubles de la parole auparavant.

H. — **État mental.** — Le blessé est en état de certaine déséquilibration psychique. Il se plaint de ne pouvoir arrêter son attention même sur les questions qui l'intéressent ; il est incapable de faire une lecture prolongée, une partie de cartes. Son caractère a beaucoup changé. Il est toujours triste, sournois, ne sourit jamais, cause peu avec ses camarades de salle.

Le fait que le malade a reçu sa balle à droite, et son hémiplégie à gauche, plaiderait plutôt en faveur de l'hémiplégie organique. Mais vu les constatations suivantes :

1° Siège de la trépanation bien en arrière de la zone psycho-motrice ;

2° Démarche, non pas en fauchant, mais en traînant le pied comme une matière inerte sans jamais le détacher du sol ;

3° Intégrité complète de la face ;

4° Intégrité des réflexes cutanés et tendineux ;

5° Absence des signes et syndromes somatiques de l'hémiplégie organique ;

6° Intégrité de la sensibilité profonde (sens stéréognostique, perception des attitudes, sensibilité osseuse au diapason) avec absence de douleurs du côté de l'hémianesthésie ne permettant pas de penser au syndrome thalamique de Déjerine

et Roussy ; nous pouvons, par exclusion. faire le diagnostic *d'hémiplégie hystérique*.

Le malade est revu le 16 février.

La démarche est devenne à peu près normale ; toutefois quand on lui ordonne de lever fortement les jambes fléchies, on remarque qu'il lève bien moins la jambe gauche. Les mouvements du bras gauche sont encore limités. L'anesthésie a diminué d'étendue.

16 mars. — Même état.

3 avril 1915. — La démarche est tout à fait normale, mais le malade se fatigue encore assez vite. L'anesthésie a complètement disparu. Il persiste une certaine gêne dans les mouvements des doigts. Les troubles vaso-moteurs et l'affaiblissement de la force musculaire persistent. Le blessé se plaint que les deux membres gauches lui paraissent très lourds. Aux points de vue intellectuel et psychique, il y a un mieux notable. Il joue aux boules (évite le croquet pour ne pas avoir à se baisser, cette position lui causant une forte tension intra-cranienne), lit les journaux assez régulièrement, s'intéresse aux opérations navales des Dardanelles. Le bégaiement a presque complètement disparu.

Après le traitement par la rééducation des mouvements et la mobilisation, pratiqués dans le service par le Dr Vurpas, le malade sort guéri le 26 mai 1915.

OBSERVATION IX

Hémiplégie hystérique gauche survenue sur le front, sans cause occasionnelle évidente.

(Le malade a été présenté à la Société de Neurologie le

5 novembre 1914 par M. le professeur agrégé Dupré ; il entre ensuite à Paul-Brousse).

T... Maurice, vingt-quatre ans, 2e cuirassiers, maréchal des logis, faisant fonction de téléphoniste sur le front, à commencé à ressentir au mois de septembre des fourmillements dans les doigts de la main gauche ; ces doigts deviennent en même temps lourds et maladroits. La main, l'avant-bras, le bras se prennent ensuite. Même évolution progressive ascendante pour le membre inférieur gauche qui s'engourdit, en commençant par le pied, pour prendre successivement la jambe et la cuisse.

Évacué du front le 1er octobre 1914. Vers le 15 octobre, il y a impotence du membre supérieur gauche pour la main et l'avant-bras, moins accentuée au bras et à l'épaule. L'anesthésie ne s'étend à ce moment que jusqu'au coude.

Le malade entre à Paul-Brousse le 15 janvier 1915.

Antécédents nerveux. — A l'âge de dix-sept ans, hémiplégie sensitivo-sensorio-motrice gauche, semblable à celle qu'il présente actuellement, qui se constitua en quelques jours et guérit par l'électrisation. Le père du malade, actuellement âgé de cinquante-deux ans, a présenté à plusieurs reprises de la parésie des membres du côté droit et son fils avait été ému par cette complication peu de temps avant l'apparition chez lui de sa première atteinte d'hémiplégie.

Examen du malade

A. — **Motricité.** — I. *Face.* — Pas de paralysie faciale. Les deux yeux se ferment complètement. Cependant le malade prétend qu'il ne pouvait ouvrir l'œil gauche, la paupière était tombante ? Pas de déviation de la bouche.

III. *Membre supérieur gauche*

a) *Attitude.* — Le membre pend inerte le long du tronc, la main tombante en flexion sur l'avant-bras, les doigts en extension sur la main, le pouce en opposition dans la paume de la main.

b) *Mouvements actifs.* — Nuls pour les doigts, la main, l'avant-bras et le bras. Mais, si le malade fait le mouvement nécessaire avec le membre supérieur droit, le membre gauche esquisse (le malade se contractant fortement et faisant un effort énorme) le même mouvement, avec une amplitude bien moindre, du reste. Le nombre de ces mouvements associés est du reste assez limité.

On constate :

Pour le bras : élévation du bras à un angle de 90 degrés ;
abduction du bras à un angle de 20 degrés ;
rétropulsion presque nulle.
antipulsion assez bonne.

Pour l'avant-bras : Flexion nulle.
Extension —
Supination —
Pronation —

La main et les doigts : nuls.

Le malade est obligé de fixer le regard sur son membre pour exécuter ces mouvements. Dès qu'il ferme les yeux, aucun des mouvements associés ne se fait plus.

IV. *Membre inférieur*

Mouvements actifs. — Le malade soulève le pied à 15 centimètres au-dessus du plan du lit.

a) *Cuisse.* — Flexion normale; l'abduction et l'adduction sont défectueuses, le malade y arrive par à-coups en soulevant en même temps la moitié gauche du bassin;

b) *Jambe.* — Flexion, extension, rotation externe et interne normales;

c) *Cou-de-pied et orteils.* — Les mouvements sont nuls.

B. — **Réflectivité**

Réflexe du deltoïde	normal des deux côtés
Réflexe tricipal	— —
Réflexe stylo-radial	— —
Réflexe cubito-pronateur	— —
Réflexe abdominal	— —

Réflexe rotulien, paraît diminué à gauche, mais réapparaît immédiatement dès qu'on ordonne au malade de fermer les yeux.

Réflexe achilléen normal des deux côtés, le malade examiné à genoux sur une chaise.

Réflexe de Babinski, flexion double.

— Oppenheim, négatif.

— du fascia-lata, négatif.

— pupillaire { à la lumière, normal; à l'accommodation, normal.

Pas de clonus du pied, pas de danse de la rotule.

C. — **Résistance musculaire.** — Très diminuée pour tout le membre supérieur gauche. Au membre inférieur, résistance musculaire un peu diminuée pour la jambe et le pied gauches.

D. — **Sensibilité.** — a) *Sensibilité objective.*

1o *Sensibilité superficielle.* — *Membre supérieur.* — Anesthésie complète, totale au toucher, à la piqûre du membre supérieur gauche, s'arrêtant net par une ligne circulaire au niveau de l'articulation de l'épaule.

Membre inférieur.— La sensibilité de la cuisse est complètement intacte ; à partir de la limite supérieur du genou, tout le membre, aussi bien à la face antérieure qu'à la face postérieure, présente de *l'anesthésie* au toucher (pinceau de blaireau) et *hypoesthésie* ou plutôt *dysesthésie* à la piqûre, le malade n'accusant perception que du contact de l'aiguille.

2e *Sensibilité profonde.* — Abolie pour tous les modes.

b) *Sensibilité subjective.* — Aucun trouble.

c) *Sensibilité sensorielle.*

1° *Œil.* — Légère amblyopie à gauche.

2° *Oreille.* — Le malade prétend entendre moins bien du côté gauche.

E. — **Trophicité.** — Aucun trouble.

F. — **Vaso-motricité.** — Teinte bleu-rosée de la peau. Pas de glossy skin. Pas d'hyperthrichose. Pas de troubles de la croissance, ni de la structure des ongles.

En présence de l'apparition de la lésion lente, progressive, sans aucun traumatisme, ni autre cause occasionnelle apparente, chez un sujet qui a déjà présenté une fois le même syndrome ; en présence de la démarche qui n'est pas du tout celle d'un hémiplégique organique, car le malade ne marche pas du tout en fauchant, mais en traînant le pied comme une matière inerte, le dos du pied et les orteils frottant sur le sol ; en présence de l'intégrité complète des réflexes cutanés, tendineux, de l'intégrité de la force, de la distribution bizarre de l'anesthésie s'arrêtant juste à la racine du mem-

bre supérieur, n'atteignant pas le tronc, épargnant sans raison la cuisse, pour reprendre en circulaire sur la jambe et le pied, on porte le diagnostic d'hémiplégie hystérique.

OBSERVATION X

Paraplégie hystérique par traumatisme sur l'abdomen, datant d'un mois.

(Publiée par M. le Dr Roussy, *Presse médicale*, 8 avril 1915.)

Humb... Gustave, vingt-neuf ans, 1er zouaves, a reçu le 21 décembre 1914, à Tracy-le-Mont (Compiègne), pendant le sommeil dans une tranchée, une poutre sur l'hypogastre ; il s'est réveillé aussitôt en éprouvant de fortes douleurs. Huit soldats ont été pris sous cette même poutre, dont un, qui était à côté de Humb..., est mort. Les autres sont restés indemnes. Le malade a été libéré seulement deux heures après l'accident. Il ne put se relever lui-même et a été évacué sur Paris dans une formation de la Croix-Rouge où il est resté un mois environ. Au moment de l'accident, il n'a perdu du sang ni par l'urètre, ni par le rectum. D'après les dires du malade, il n'a jamais pu quitter le lit, ne pouvant marcher, même à l'aide de béquilles. Les membres inférieurs étaient complètement anesthésiés, de sorte qu'il ne sentait même pas ses couvertures.

Pas de douleurs spontanées. Pas de troubles sphinctériens, ni du côté de la vessie, ni du côté du rectum. Pas de troubles génitaux. Le malade rentre à l'hôpital Paul-Brousse le 22 janvier 1915 avec le diagnostic : « Contusion médullaire et paraplégie. »

Antécédents nerveux. — Aucun.

Examen du malade

A. — **Motricité.** — a) *Malade debout.* — Le malade ne peut se tenir debout sans l'aide de béquilles. Avec ces dernières il se tient bien sur sa jambe gauche, mais n'appuie que légèrement la pointe du pied droit. La marche est très pénible et paraît être due non pas aux douleurs, mais à l'impotence fonctionnelle des membres.

b) *Malade couché.*

I. *Mouvements passifs* des membres inférieurs sont normaux.

II. *Mouvements actifs.* — Tous les mouvements spontanés du membre inférieur gauche, sont normaux; ceux du côté droit subsistent également, mais s'exécutent avec une lenteur notable. Ébauche d'incoordination à droite (dans la pose du talon droit sur le genou gauche).

III. *Résistance musculaire.* — Diminution notable de la force musculaire bilatérale, surtout marquée par les mouvements de flexion et d'extension de la jambe sur la cuisse, diminution moins prononcée dans la flexion et l'extension du pied sur la jambe.

IV. *Réflectivité.* — Réflexe rotulien, normal des deux côtés.

Réflexe achilléen, normal à gauche.

Réflexe achilléen, aboli à droite.

Réflexe Babinski, flexion nette à gauche.

Réflexe Babinski, ébauche de flexion à droite.

V. *Électro-diagnostic* (pratiqué par Mlle Dr Grunspan).

	FARADIQUE		GALVANIQUE	
	Droit	Gauche	Droit	Gauche
Quadriceps.......	1	1	7 brusque	7 brusque
Adducteurs	2 1/2	2 1/2	brusque	6 brusque
Sciatique poplité externe........	6	6	8 brusque	8 brusque
Jambier antérieur.	7	7	8 } Tendance à la secousse lente	6 brusque
Extenseurs.......	7	7	8 }	6 brusque
Péroniers........	7	7	10 brusque	6 brusque
Jumeaux.........	8	1	4 lent	5 brusque

Résumé. — Réaction de dégénérescence partielle des muscles postérieurs de la jambe droite.

B. — **Sensibilité.** — I. *Sensibilité subjective.* — Pas de douleurs spontanées. Une fois le diagnostic posé, on isole le malade immédiatement, on lui enlève les béquilles et on le confie au Dr Vurpas pour la rééducation des mouvements.

30 janvier 1915. — Le malade se tient d'aplomb sur ses jambes, sans béquilles ; il commence à marcher, mais avec difficulté.

20 février 1915. — Le malade marche difficilement, par petits sauts, appuyant à peine son pied droit par terre, en penchant fortement son tronc en avant.

Après de longs exercices, le malade sort le 12 avril 1915, depuis longtemps complètement guéri ; il a été laissé un certain temps dans le service à titre de récompense pour l'effort sincère de guérir.

A la percussion de la colonne vertébrale, on note une zone nettement douloureuse à partir de l'apophyse épineuse de la cinquième vertèbre lombaire et s'étendant le long de toute la colonne sacrée jusqu'au coccyx. A noter au même endroit une hyperesthésie cutanée marquée.

II. *Sensibilité objective.* — *Au membre inférieur gauche*, l'examen de la sensibilité au pinceau de blaireau, à la piqûre et à la chaleur, ne dénote aucun trouble : pas de diminution de sensibilité avec localisation exacte.

Au membre inférieur droit, l'examen au pinceau de blaireau, à la piqûre ainsi qu'à la chaleur et au froid, accuse une hypoesthésie et une hypoalgésie douloureuse et thermique totale atteignant tout le membre et s'arrêtant net au niveau de l'ombilic par une ligne horizontale ne correspondant, par conséquent, à aucune distribution radiculaire.

C. — **Vaso-motricité.** — Troubles vaso-moteurs du pied droit, teinte bleu rosée. Le membre est bien plus froid que celui du côté opposé ; il y a de l'hyperhydrose.

D. — **Trophicité.** — Pas d'amyotrophie apparente. Pas de troubles des phanères cutanés. La peau garde ses caractères normaux. Pas d'hypertrichose. Pas de matité, cassure, ni croissance exagérée des ongles.

E. — **Sphincters.** — Aucun trouble de la miction, ni de la défécation. Pas de troubles génitaux.

F. — **Radiographie.** — On ne note rien d'anormal du côté de la colonne vertébrale douloureuse.

Malgré la R. D. partielle des muscles postérieurs de la jambe gauche ainsi que l'abolition du réflexe achilléen gauche qui font hésiter un instant, *en présence de l'intégrité des sphincters, absence de troubles génitaux, absence*

d'escarre, l'anesthésie n'étant point celle de la paraplégie organique totale double, remontant plus ou moins haut sur la colonne vertébrale, mais unilatérale et ne correspondant, à aucune typographie radiculaire, on porte le diagnostic de paraplégie hystérique avec coexistence d'une névrite du sciatique poplité interne gauche.

OBSERVATION XI (Inédite)

(En collaboration avec le Dr J. Ichlondsky.)

Contracture en flexion du pouce et de l'index droit de nature hystérique consécutive à une plaie par éclat d'obus de la face externe du bras. Ancienne paralysie radiale ?

(Le malade a été présenté le 18 février 1915 à la Société de Neurologie par M. le professeur agrégé Dr Roussy)

Raul... Émile-Gustave, 150e d'infanterie, a été blessé le 24 août 1914 près d'Étain. Évacué sur Montauban d'où il sort guéri de sa blessure sans aucune contracture, le 28 novembre, pour retourner au dépôt de Chartres; de là expédié à Villejuif, entre à Paul-Brousse le 13 janvier 1915.

Antécédents. — Aucun antécédent névropathique.

Examen du malade

A. — **Blessures.** — Cicatrice de plaie par éclat d'obus de la face externe du bras droit, perpendiculaire à l'axe du bras, longue de 9 centimètres, très profonde, adhérente, cicatrisée par seconde intention. L'extrêmité postérieure de la plaie est à 12 centimètres au-dessus du sommet de l'olécrane, l'extré-

mité antérieure à 8 centimètres au dessus du milieu du pli du coude.

B. — **Motilité.** — Le malade raconte qu'au début sa main était tombante et reproduit l'attitude de la paralysie radiale. En effet, l'extension du poignet sur l'avant-bras se fait, mais avec lenteur, avec effort et elle n'est pas complète Résistance musculaire nettement diminuée dans la sphère du radial. Les trois derniers doigts de la main droite marchent très bien.

Par contre, on constate une contracture en flexion du pouce et de l'index droits, ne correspondant à aucune lésion nerveuse périphérique.

C. — **Sensibilité objective.** — Hypoesthésie nette de la face dorsale de la main dans la sphère du radial.

D.— **Trophicité et vaso-motricité.** — Pas de troubles.

Avec un peu de violence, on arrive à redresser les deux doigts contractés; l'index prend assez vite l'attitude normale ; pour le pouce, c'est plus difficile et on y arrive au bout de douze jours, par le massage et la rééducation.

OBSERVATION XII

(Publiée par M. le Dr Roussy, *Presse médicale*, 8 avril 1915.)
Griffe cubitale hystérique. — Amputation du médius droit. Contracture post-opératoire datant de deux mois.

D... Henri, 19e bataillon de chasseurs, blessé le 25 septembre 1914 à la Pompel (Marne) au quatorzième combat sur le champ de bataille. Il a eu le médius droit fracturé, avec plaie par balle au niveau de la première phalange ; l'amputation du doigt a été faite à Rodez.

Vers le 10 novembre l'annulaire et l'auriculaire commencent à se fléchir ; à l'heure actuelle cette flexion est complète et les ongles des doigts s'enfoncent dans la paume de la main. Étant donné la lésion par balle qui ne put aucunement toucher le *nerf cubital*, il est de toute évidence qu'il ne peut s'agir que d'une contracture d'origine hystérique. Effectivement, le lendemain de son arrivée (10 janvier 1915), à la première séance même de mobilisation, on arrive à étendre complètement les deux doigts contractés et à faire exécuter au blessé les mouvements actifs qu'on lui impose.

Le jour suivant, ces doigts cherchent à se fléchir de nouveau, mais on menace le malade de punition, on lui suggère de ne plus fléchir les doigts et de faire des mouvements.

On lui masse la main pendant plusieurs jours et finalement le blessé est guéri au bout de dix jours d'une contracture qu'il traînait depuis deux mois.

OBSERVATION XIII

(Inédite, en collaboration avec le Dr J. Mégévand.)

Plicature, fausse spondylite traumatique

Th... Isidore, 1er zouaves, le 27 octobre, à la Targette, en courant pour transmettre un ordre, après une attaque très rude, fait une chute en arrière dans un champ de betteraves. Il reste plusieurs heures entre deux feux. Il reprend connaissance, mais a la respiration coupée, ne peut remuer et se sent paralysé des deux jambes et des deux bras. Il avait fort peur, mais ne pouvait pas se sauver, ne pouvant faire

aucun mouvement. Transporté couché à l'ambulance, puis vers l'arrière, il fut évacué ensuite à Orléans où il reste du 30 octobre au 3 janvier.

Après quatre mois de convalescence, il fut évacué le 8 mai 1915 à Paul-Brousse, la commission de convalescence ayant refusé de donner une prolongation. En arrivant, le malade porte un corset, fait sur commande et qui lui a été ordonné par un médecin.

Antécédents personnels. — A dix-neuf ans, à la suite d'une chute sur le dos, il n'a pu se relever ; ne pouvait pas marcher, souffrait beaucoup. Il est resté un an couché. On lui faisait simplement du massage.

Examen du malade

On ne trouve aucune contusion de la colonne vertébrale.

Observation. — Aux omoplates et à la partie supérieure du sacrum, on remarque des quantités de pointes de feu.

Attitude. — a) *Debout.* — Le malade se présente le tronc fortement penché en avant, faisant un angle de 130 degrés environ avec le bassin ; il est incliné du côté de la jambe gauche. Il fait porter tout le poids de son corps sur celle-ci, la jambe droite est fléchie et en rotation externe et abduction.

Lorsqu'on met le malade contre un mur pour essayer de le redresser, il contracte tous ses muscles, spécialement les abdominaux et son diaphragme ; il retient sa respiration. On arrive cependant à le maintenir droit, sans avoir développé soi-même une grande force. Après l'exercice, le malade est exténué et haletant.

b) *Au lit.* — Il est absolument droit et est couché, le dos étendu ; la hanche droite qui, dit-il, est fixée, est parfaitement souple.

Démarche. — Le malade marche courbé et boitant légèrement de la jambe gauche.

Réflectivité. — Réflexes tendineux et cutanés normaux.

Sensibilité. — Aucun trouble de la sensibilité.

Trophicité. — Aucun trouble.

OBSERVATION XIV (Inédite, personnelle)

Astasie-abasie hystérique, sans autres associations névropathiques

Dio..., Fernand, trente-trois ans, 231° régiment d'infanterie, faisant fonction de téléphoniste dans le régiment. N'a jamais pris part à aucune bataille, a seulement vu des arbres tomber autour de lui. A fait des marches très fatigantes. Vers la mi-septembre 1914, à Soissons, il a été pris de fièvre pendant une vingtaine de jours ; évacué sur Paris le 2 octobre, pour être mis en observation pour fièvre typhoïde. A l'hôpital Saint-Martin, où il est resté dix jours, il a été traité pour embarras gastrique apyrétique. A ce moment déjà, le malade avait de la faiblesse des jambes et marchait péniblement. Évacué ensuite sur Neuilly où il eut de l'entérite avec crises paroxystiques de diarrhée et douleurs abdominales. Après six semaines environ de son séjour à Neuilly, fin novembre, il eut un grand frisson avec tremblement très fort des deux bras et mouvements spasmodiques de la mâchoire inférieure. Quelques jours après, en essayant de se lever, il a constaté qu'il ne peut plus marcher.

Entre le 12 et le 20 décembre *le malade fait deux crises nerveuses*. Il arrive le 12 janvier au Val-de-Grâce (service

du Dr Briand, 4e fiévreux) où il fut traité par de l'hydrothérapie froide (douches) et des effluves électriques. La première calmait les douleurs qu'il ressentait aux membres supérieurs; l'électricité, d'après le malade, ne l'aurait remonté que pour quelques instants après la séance, mais n'a pas amélioré son état. Évacué sur Villejuif le 12 mars 1915.

Antécédents. — Le malade n'a jamais présenté aucun trouble moteur de ce genre, mais avoue lui-même qu'il est très nerveux, très émotif, que la moindre chose le contrarie très vite. N'a jamais eu de crises de nerfs auparavant.

Examen du malade

A. — **Motricité.** — a) *Station debout.* — Le malade se tient debout sur ses jambes, mais très peu d'aplomb, en même temps les membres sont animés de mouvements spasmodiques très rapides.

b) *Démarche.* — Dès qu'il essaye de marcher, il perd tout équilibre, chancelle en avant, en arrière ; il arrive tout de même, sans qu'on le tienne, à faire plusieurs pas. Ceux-ci sont petits, saccadés ; les bras écartés du tronc en balançoire pour maintenir l'équilibre. Le malade a beaucoup de peine à detacher le pied du sol, il fait 3 ou 4 essais infructueux et tout d'un coup l'avance brusquement. La même manœuvre recommence pour l'autre pied et ainsi de suite. Les mouvements spasmodiques des membres ne s'arrêtent pas un instant. A quatre pattes, le malade avance aisément sur les genoux. Dès qu'on lui ordonne de se relever, il perd tout équilibre et n'arrive pas à exécuter l'ordre. Les deux bras restent immobiles.

c). *Malade au lit.* — 1° *Mouvements actifs.* — *Tous les*

mouvements des deux membres inférieurs sont absolument normaux. Les mouvements saccadés ont complètement disparu. La différence entre l'attitude calme, reposée, aisée du malade au lit et celle qu'il prend lorsqu'il est debout est vraiment frappante. *Il n'y a pas d'incoordination*, le malade pose sans hésitation, ni trémulation le talon de chaque pied sur le genou du côté opposé.

B. — **Sensibilité superficielle et profonde.**—Intactes.

C. — **Force musculaire** des deux membres. — *Absolument intacte.*

D. — **Réflectivité.** — a) *Réflexes tendineux.*— Rotulien, achilléen ; normaux des deux côtés.

b) *Réflexes cutanés.* — Babinski, Oppenheim, du *fascia lata*, normaux également.

E. — **Vaso-motricité.** — Aucun trouble.

F. — **Trophicité.** — Pas de troubles trophiques.

En présence de ce trouble d'équilibre à la station debout et pendant la locomotion, d'une part ; en l'absence de troubles moteurs au lit, de troubles de la sensibilité, de la force musculaire et de la coordination des mouvements (qui sont plutôt l'apanage de la paraplégie hystérique) chez un sujet qui a fait deux crises nerveuses et est de constitution névropathique, on porte le diagnostic d'astasie-abasie hystérique.

Le malade est isolé dans une des chambres du deuxième étage, spécialement désigné à cet effet et confié au Dr Vurpas pour la rééducation des mouvements. On le met au lit et on lui défend de se lever en dehors des séances de rééducation.

10 juin 1915. — La marche est très notablement améliorée, mais encore spasmodique.

OBSERVATION XV (Inédite)

(En collaboration avec le Dr J. Mégévand.)

Astasie-abasie avec incoordination et troubles de la sensibilité et de la force musculaire, consécutive à un traumatisme du dos.

S... René, trente-six ans, 25e régiment d'infanterie territoriale, se trouvait le 21 octobre 1914 dans une tranchée de deuxième ligne à Pommiers ; il y avait des combats d'artillerie qui duraient depuis huit jours, de 5 heures du soir à la nuit. Le soir, un obus éclate sur les poutres qui recouvrent la tranchée ; l'une d'elle lui tombe sur le dos, il perd connaissance immédiatement ; on l'évacue sur le poste de secours où il revient à lui au bout d'une demi-heure. Ayant repris connaissance, il aurait eu des vomissements suivis de crachements de sang ; n'a pas saigné. du nez ni des oreilles. Il n'avait pas de plaies nulle part, mais une ecchymose à la région lombaire.

Dès l'accident, il n'a pu se tenir sur ses jambes, il pouvait les mouvoir, mais chaque mouvement provoquait des tremblements intenses. Il fut transporté couché en chemin de fer. Après un jour à l'ambulance de Doullens, il va à Angers où il reste quatre mois. Au bout de deux mois, il aurait recouvré un peu de sûreté dans les jambes : il aurait commencé à marcher ; il tombe dans les escaliers sans se rendre compte

de la cause de sa chute, roule jusqu'en bas des marches et se contusionne de nouveau la région lombaire.

Dès ce moment, reprise des mêmes symptômes que lors de la première contusion : crachements de sang, impossibilité de marcher, instabilité. On lui fait des massages et des injections de mercure dans les fesses. Le traitement spécifique a été fait malgré la négation de tout accident syphilitique sur le malade On lui a fait également 300 pointes de feu.

Pendant les quatre mois de séjour à Angers, le malade ne trouve aucune amélioration. On lui donne deux mois de convalescence qu'il passe chez lui; il consulte des médecins civils; les uns lui disent de rester immobile, les autres d'essayer de marcher. Bref, au bout de deux mois, il est dans le même état. Il se présente à la place de Paris qui lui propose de nouveau deux mois; cependant, on l'évacue sur les Arts-et-Métiers et de là à Paul-Brousse où il entre le 13 mai 1915.

Antécédents nerveux. — Constitution émotive, mais pas d'antécédents névropathiques.

Examen du malade

A. — **Motricité**. — a) *Malade couché.* — Examiné dans son lit, le malade est parfaitement tranquille. Il ne tremble absolument pas. Les membres sont dans une position naturelle. Mais, sitôt qu'on lui fait exécuter un mouvement quelconque avec les jambes, on voit et on sent les muscles se contracter fortement et les mouvements se faire d'une manière incertaine, saccadée, avec incoordination. Le malade déclare être pris toutes les deux heures de tremblements plus accentués dans la jambe droite que dans

la jambe gauche ; en réalité, il s'agit plutôt de petites secousses musculaires passagères que d'un tremblement vrai ; néanmoins, il existe parfois du tremblement de tout le membre, le malade étant obligé d'immobiliser de toutes ses forces sa jambe pour tâcher d'enrayer le mouvement qui l'épuise beaucoup.

b) *Malade debout.* — Dès qu'il essaye de se lever, on remarque aussitôt une certaine difficulté dans l'exécution des mouvements ; il s'asseoit avec lenteur sur le bord du lit, les jambes sortent rigides, puis il les plie et, une fois assis, les membres inférieurs redeviennent souples. Une fois debout, le malade se tient fortement penché en avant, la tête, le cou, le tronc ne formant qu'une ligne, les jambes glissant en arrière, les pieds et les jambes animés d'un tremblement intense. Le malade ne perd cependant pas l'équilibre et se tient sur ses jambes.

c) *Démarche.* — La démarche est très incoordonnée, incertaine, spasmodique. Il contracte fortement les cuisses et les jambes, détache très péniblement les pieds du sol en les traînant par terre.

Force musculaire. — Diminuée aux deux membres inférieurs.

B. — **Réflectivité :**

Réflexes rotuliens : très vifs des deux côtés ; lorsqu'on les recherche un peu fortement, on provoque un état de contraction clonique de la jambe des deux côtés.

— achilléens : vif des deux côtés.

— cutanés plantaires : en flexion des deux côtés.

Sensibilité objective. — Légère hypoesthésie du membre inférieur droit.

Vu l'association des troubles de la sensibilité, de la diminution de la force musculaire et l'incoordination des mouvements des membres inférieurs au lit, nous sommes en présence non pas d'un syndrome d'astasie-abasie pure, mais d'une forme de passage entre cette dernière et la paraplégie hystérique.

OBSERVATION XVI (Inédite)

(En collaboration avec le Dr J. Mégévand).

Chorée hystérique à forme arythmique.

L... Georges-Charles, âgé de trente-neuf ans, 17e d'infanterie territoriale, blessé le 13 novembre 1914 à Corneicy (près de Reims). On bombarde la ferme qu'il occupait. Il fut atteint de nombreux éclats d'obus à la jambe gauche (17 plaies), trois éclats se seraient logés dans le genou gauche. Il est transporté à l'ambulance du front, mais bientôt commence le bombardement de cette dernière et le malade déclare avoir connu enfin ce que c'était que le « trac ».

Il est évacué du front sur Nevers. Là, il se sent très déséquilibré. Il perd connaissance deux ou trois fois. On l'appelait le grand nerveux.

Parfois, le matin, il avait un petit tremblement des jambes et, tous les matins, de gros accès de toux qu'on a taxés de toux nerveuse.

Pendant son séjour à Nevers, il a comme voisins de lit des

tétaniques ; il voit plusieurs crises tétaniques et assiste à une agonie. On a enlevé le malade une demi-heure avant la mort. Il est vivement impressionné par ce spectacle, qu'il dit ne pouvoir jamais oublier.

Il demande à partir, il croit devenir fou. Il a l'impression d'avoir la tête serrée dans un étau. Il craint de devenir tétanique.

On l'évacue sur Paris avec une permission de sept jours. A ce moment, il se trouve mal trois fois dans la rue. Il consulte le Dr Capitan qui le fait entrer à l'hôpital des Finances. Là, on le traite comme un nerveux par la balnéation chaude.

Le lendemain de l'arrivée, lors du premier bain, il se trouve mal et perd complètement connaissance. On le retire de la baignoire et c'est à ce moment qu'il s'aperçoit pour la première fois de mouvements peu accentués, désordonnés ; le malade insiste sur le fait que ce n'étaient pas des tremblements. Pendant vingt jours, ces mouvements vont en s'accentuant jusqu'à ce que le malade ne puisse plus se servir de ses mains ; les jambes bougeaient également, mais moins fortement que les bras.

Vers le 3 avril, il éprouve des douleurs dans la vessie. On ne trouve rien de spécial de ce côté-là. Les urines sont troubles ; à l'analyse chimique — une diminution d'urée, traces d'albumine, sucre O. Quelques gouttes de pus. A la cytologie — de cellules épithéliales. En même temps, il fait une rechute brusque des mouvements choréiques, qui deviennent plus accentués.

19 mai. — On l'évacue sur la Salpêtrière, puis à Paul-Brousse.

Antécédents nerveux héréditaires. — Peu nets. Une nièce,

âgée de dix-huit ans, a eu plusieurs fois des accès de chorée, dont le dernier date du début de la guerre.

Antécédents personnels. — Rhumatisme dans l'enfance. Au régiment, à vingt-trois ans, a été pris de rhumatisme articulaire : genoux et hanches. Les médecins auraient taxé cette maladie d'hystérie. Est resté plusieurs mois au lit à cette occasion. Depuis, pendant quatre années consécutives, faisait une crise chaque été. A partir de l'âge de vingt-sept ans, ces crises ne se sont plus renouvelées.

Mouvements choréiques. — Les mouvements, au début, ne se sont montrés qu'au bras droit, puis, peu à peu, dans un intervalle de temps très court, le bras gauche a été pris également et finalement les jambes.

Il y a eu, avant l'apparition des mouvements, des signes précurseurs : modification du moral, irritabilité, légères douleurs, troubles de l'appétit. Les mouvements sont actuel- très marqués et prédominent, pour les membres supérieurs, au bras droit et, pour les membres inférieurs, à la jambe gauche. Aux deux bras, et d'une façon plus marquée au bras droit, les mouvements, dont l'amplitude suit l'état d'esprit du malade, sont fréquents, rapides.

Livré à lui-même, le malade ne fait que des petits mouvements de flexion et d'abduction très désordonnés ; mais, sitôt qu'on l'observe, qu'on parle avec lui ou bien qu'il est sous l'influence d'une émotion morale, les mouvements s'exagèrent énormément, deviennent très amples.

Membres supérieurs. — Il fléchit brusquement l'avant-bras, porte la main dans la direction de la face, comme pour se moucher, la main elle-même est fléchie sur l'avant-bras, les doigts rapprochés, le pouce en opposition (rappelant la

main de l'accoucheur). Les épaules sontanimées de secousses ressemblant au mouvement de « hausser les épaules ».

Membres inférieurs. — Les jambes se fléchissent et se tournent alternativement en abduction, en adduction, en rotation interne et externe. Le pied exécute les mêmes mouvements. Parfois la jambe gauche tout entière est animée d'un tremblement très intense qui paraît beaucoup épuiser le malade. Ce tremblement, qu'il peut à peine arrêter en retenant les jambes avec ses mains, provoque parfois une crise de larmes.

On ne remarque aucun mouvement de la face. Pendant le sommeil, tous les mouvements cessent.

En présence des antécédents rhumatismaux et de la forme arythmique des mouvements, on serait plutôt enclin à penser à la chorée de Sydenham ; mais, le fait que le sujet est très émotif, qu'il a eu à plusieurs reprises des crises nerveuses, que ces mouvements choréiques ont apparu par une espèce de suggestion, à la vue des contractions toniques des tétaniques, que l'état du malade, au point de vue chorée, empirait chaque fois qu'il subissait une nouvelle émotion, plaident assez en faveur de la nature hystérique de ces mouvements.

5 juin. — L'état du malade est notablement amélioré ; les mouvements du bras droit persistent encore, mais sont très faibles quand le malade est tranquille.

OBSERVATION XVII (Inédite, personnelle)

Hémitremblement hystérique droit, consécutif à une plaie en séton de la main droite.

Ch..., Théodore, vingt-six ans, de l'infanterie coloniale, a reçu à l'âge de quatorze ans un coup de fusil dans la main droite ; après quoi, il a eu les doigts presque enkylosés Quelque temps après la blessure apparut un tremblement imperceptible dans tout le côté droit, qui ne cesse pas depuis et l'a fait réformer lors de son incorporation. Cependant, ce tremblement était léger et ne le rendait pas impotent.

Au moment du rappel des réformés, au mois de décembre, il fut appelé et, du dépôt, évacué sur le Val-de-Grâce. Là, on lui faisait de l'air chaud, du massage, de l'électricité. Depuis ce moment, son état a considérablement empiré et le malade accuse surtout l'électricité comme en étant la cause principale.

Il entre à Villejuif, le 15 mai 1915.

Antécédents nerveux. — En dehors du tremblement, le malade a eu plusieurs crises nerveuses et paraît très émotif.

Examen du malade

A. — **Inspection.** — On voit deux cicatrices de l'ancienne blessure à la paume et au dos de la main. En même temps, un peu de rétraction de la paume et des doigts.

Toute la moitié droite du corps est animée d'un tremblement vibratoire rapide, 9 à 12 oscillations par seconde ; il est manifestement intentionnel, car il augmente dès que le malade prend un objet quelconque ou fait quelques mouve-

ments. Il augmente aussi surtout avec la moindre émotion du malade.

Ce tremblement siège principalement à la main et à l'avant-bras et diminue graduellement vers l'épaule. A la jambe droite, le tremblement est très léger.

Le jeu de toutes les articulations est libre. sauf celle du poignet où il y a de la raideur articulaire.

B. — **Réflectivité.** — Réflectivité normale.

C. — **Sensibilité.** — Aucun trouble.

D. — **Trophicité.** — Pas de troubles trophiques.

E. — **Vaso-motricité.** — Main violacée, peau lisse et mince, pas d'hypertrichose.

Ce tremblement, survenu après une blessure de la main, sans jamais exister avant, s'exagérant avec la moindre contrariété du sujet, ne s'accompagnant d'aucun autre symptôme permettant de le rattacher à une maladie organique connue, la constitution névropathique du sujet, autorise d'affirmer la nature hystérique de l'affection.

OBSERVATION XVIII (Inédite, personnelle)

Grande névrose trémulante avec spasme du diaphragme et de la glotte

M... M., âgé de trente-quatre ans, le 16 novembre 1914 a été enseveli sous les décombres d'une maison bombardée, que les obus ont fait écrouler, tuant quatre sur cinq de ses défenseurs. Il s'en est seul tiré après cinq heures d'ensevelissement. Seules, la tête et la main gauche émergeaient des débris. Il n'a pas été blessé, mais reçut quelques contusions

à la nuque et aux lombes. Il fut porté par un camarade à l'ambulance du front d'où on l'a évacué aussitôt à Saint-Brieuc pour contusion et paralysie faciale (qui, comme on peut le juger d'après la description du malade, n'était autre chose qu'un hémispasme glosso-labio palpébral).

A ce moment, il présentait des tremblements très accentués des quatre membres et ne pouvait plus marcher. En même temps, il avait des troubles respiratoires et des vomissements fréquents. Il reste en traitement près de deux mois ; on lui donne du salicylate et du bromure en quantité. On pratique une cure électrique de son hémispasme facial qui s'amende notablement. Au bout de six semaines, le malade commence à marcher, mais avec beaucoup de peine et défectueusement.

15 janvier. — Il est évacué sur Rennes où on le traite par le courant faradique. Ce traitement électrique provoque chez le malade une réaction douloureuse généralisée, une très forte transpiration ; les vomissements deviennent presque incoercibles.

23 mars 1915. — Le malade entre à Paul-Brousse (Villejuif).

Antécédents. — A l'âge de vingt-deux ans, à la suite d'une grosse fatigue intellectuelle, le malade dit avoir eu une anémie cérébrale ; il ne pouvait ni lire, ni écrire, la lumière le gênait, il lui était insupportable de voir du noir près du blanc. En même temps, il a présenté des troubles nerveux qui se traduisaient par des crises hystériques assez prolongées. Ces crises le prenaient environ quatre fois par semaine et ont duré trois mois. Il dit qu'on les faisait cesser par la peur Il aurait eu également des tremblements généralisés, mais

surtout du spasme de la glotte troublant sa respiration et de la tachycardie allant jusqu'à 130, 140 pulsations par minute. Cet état a duré dix-huit mois.

En général, il est violent, impulsif et dit qu'à la moindre contrariété il est prêt, comme il s'exprime, à « taper dessus ».

Examen du malade

A. — **Motricité.** — a) *Tremblement.* — A l'inspection du malade, on est frappé par un tremblement rapide, intense, généralisé aux quatre membres ainsi qu'au maxillaire inférieur, forçant le malade à claquer des dents. La position couchée ne le fait pas cesser, mais il diminue un peu d'intensité. Par contre, le moindre effort, le moindre mouvement fait par le malade augmentent immédiatement l'amplitude, l'intensité et la vitesse du tremblement, ceci aussi bien aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs.

b) *Mouvements actifs au lit.* — Existent, mais se font avec incoordination ;

c) *Démarche.* — Le malade marche très péniblement, lentement, en détachant avec difficulté le pied du sol comme un spasmodique et en fixant un point déterminé de l'espace, le corps penché en avant, les bras écartés du tronc comme pour garder l'équilibre ; en même temps, le tremblement généralisé devient plus fort.

d) *Respiration.* — *Spasme du diaphrame.* — Contracture des muscles interosseux (qui lui font mal, dit le malade, en indiquant les espaces intercostaux). Par suite, énorme gêne de la respiration qui est saccadée, haletante, rapide; par moments, arrêt suivi de polypnée rappelant une décharge électrique. Cette gêne respiratoire augmente notablement

quand le malade est fatigué et, à ce moment, au spasme du diaphragme s'ajoute le *spasme de la glotte* qui le fait presque suffoquer. A l'auscultation et à la percussion du poumon on ne constate absolument rien d'anormal.

e) *Vomissements.* — Comme conséquence même de cet état spastique du diaphragme, le malade présente des vomissements très fréquents qui, par moments, deviennent presque incoercibles, le malade ne pouvant même pas garder l'eau. Ces vomissements surviennent trente à quarante-cinq minutes après les repas et ne cessent qu'une fois l'estomac vidé.

b) *Sphincters.* — Spasme du sphincter uréthral ; le malade reste parfois vingt-quatre heures sans pouvoir uriner tout en étant déprimé par le besoin impérieux ; mais, une fois le spasme passé, il vide d'un coup sa vessie et reste très soulagé.

B.— **Sensibilité.**— *Sensibilité subjective.*— Douleurs à la nuque et aux lombes ;

b) *Sensibilité objective.* — Hyperesthésie très nette de presque tout le côté gauche du corps comprenant la moitié gauche de la face, du cou, du tronc, le membre supérieur gauche et la cuisse gauche, s'arrêtant nettement au niveau de la rotule.

Du côté droit, sensibilité normale. Sensibilité profonde intacte.

C. — **Sensibilité sensorielle :**

1° *Hyperosmie.* — Incommodant beaucoup le malade ;

2° *Hyperacausie.* — Le moindre bruit, la fermeture brusque d'une porte, une voix un peu haute le font sursauter

et, pendant plusieurs minutes, le malade a la respiration troublée et des battements précipités du cœur ;

3° *Sens de la vue.* — Pas de troubles de la vue. La lumière gêne beaucoup le malade, surtout la lumière artificielle ; il a toujours l'impression qu'on lui laisse tomber devant les yeux comme des toiles d'araignées poussiéreuses. Quand il est fatigué sa vue se trouble.

D. — **Vaso-motricité.** — Les pieds sont continuellement glacés, le malade n'arrive jamais à les réchauffer.

E. — **Trophicité.** — Pas de troubles.

Le malade est isolé aussitôt, mis au repos au lit et, au début, au régime lacté. En même temps, le Dr Vurpas entreprend d'abord la rééducation des mouvements respiratoires pour discipliner le diaphragme. Pour le moment, on laisse de côté les autres mouvements pour les rééduquer, une fois la respiration améliorée.

28 avril 1915. — On constate une amélioration notable de la respiration qui est plus profonde, plus lente, plus régulière, mais encore un peu saccadée par moments. La moindre émotion ou fatigue augmente ces saccades.

La main gauche, qui était moins trémulante, ne tremble plus du tout ; la main droite est aussi presque immobile.

5 juin 1915. — Pas de changement notable.

CONCLUSIONS

1° Un grand nombre de soldats présentent des impotences fonctionnelles de nature hystérique ; leur nombre croît considérablement avec les progrès de la guerre.

2° Elles sont fréquemment la conséquence d'une très forte commotion ou contusion par éboulement de tranchée, par éclatement d'obus à distance, par projection en l'air, et dans ce cas elles apparaissent aussitôt après l'accident.

Souvent aussi elles sont consécutives aux blessures de guerre et se montrent après une période de méditation manifeste, plus ou moins longue, suivant les sujets.

3° La guerre n'a pas changé beaucoup la physionomie des phénomènes sensitivo-moteurs hystériques. On observe les pseudo-paralysies : paraplégies, hémiplégies, monoplégies brachiales et crurales ; contractures sous forme de griffes et de plicatures du tronc ; l'astasie-abasie ; la clorée rythmique et arythmique ; les tremblements hystériques, etc...

Néanmoins, on a remarqué, comme phénomène nouveau, l'association fréquente des impotences

fonctionnelles hystériques aux troubles mentaux, surtout à la mélancolie.

4° Les paralysies et les contractures ont ce caractère spécial, de s'étendre à un segment de membre ou à tous les muscles associés pour l'exécution d'un certain mouvement.

La réflectivité cutanée et tendineuse est absolument normale.

L'électrodiagnostic est toujours négatif.

5° On observe presque toujours l'association des troubles sensitifs aux troubles moteurs ; il y a anesthésie ou hypoesthésie au toucher et à la piqûre s'arrêtant net par une ligne circulaire en dessinant des figures géométriques (manche, gant, gigot). Cette anesthésie n'est pas absolue et disparaît au courant faradique tétanisant. Les troubles de la sensibilité profonde sont rares et douteux.

6° Les troubles trophiques des muscles, de la peau, des ongles, sont d'une très grande rareté et il faut être très réservé sur leur nature hystérique ; les troubles vaso-moteurs sont, au contraire, très fréquents et sont probablement dus à la longue immobilisation du membre.

7° Il est de toute importance que le diagnostic soit fait dès le début de l'accident nerveux. Dans ce diagnostic, il faut tenir compte des associations névroso-organiques et de la simulation ; cette dernière est parfois très difficile à dépister ;

8° Le pronostic est en raison directe de la précocité du diagnostic et de l'intelligence du malade. Les

rétractions tendineuses, suites de longue immobilisation, peuvent assombrir ce pronostic;

9° *La psychothérapie* est l'élément essentiel de tout traitement d'un pithiatique. Elle exige comme adjuvant indispensable, *l'isolement* absolu du malade. Ce dernier agit non seulement en soustrayant le malade à l'hétérosuggestion, mais en rééduquant sa volonté qui précisément lui manque, pour qu'il puisse guérir plus vite;

10° L'électrothérapie (sous forme de courant faradique) est utile autant qu'elle sert à suggestionner le malade; elle est surtout indiquée dans les paralysies et plutôt contre-indiquée dans les états spastiques.

Le courant à fil fin tétanisant, s'emploie surtout pour faire réapparaître la sensibilité superficielle dans les anesthésies hystériques ;

11° La rééducation physique est une partie extrêmement importante du traitement d'un fonctionnel hystérique. Il faut faire disparaître les mouvements défectueux, d'une part, et rééduquer dans le sens de la motilité normale, d'autre part. La rééducation motrice des images est considérable, mais n'est pas suffisante et c'est surtout en agissant directement sur le membre atteint qu'on obtient des résultats satisfaisants et rapides.

On débute par la mobilisation des articulations (en commençant par la racine du membre), et ensuite seulement, on pratique la rééducation musculaire et les mouvements spontanés ;

12° Les séances doivent être courtes, surtout au début.

On agira avec beaucoup de patience et de douceur, pour ne pas brusquer le malade et gagner sa confiance, qui est indispensable au médecin pour la réussite de son traitement.

Vu : le Président de la thèse,
GILBERT

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Babinski. — Diagnostic différentiel entre l'hémiplégie organique et l'hémiplégie hystérique (Leçon faite à la Pitié et Gazette des Hôpitaux, nos du 5 et 8 mai 1900).

— Définition de l'hystérie (Communication à la Société de Neurologie, 7 novembre 1901).

— Sur l'état des réflexes tendineux dans l'hystérie (Société de Neurologie, 8 février 1903).

— Suggestion et hystérie. A propos de l'article de M. Bernheim intitulé : « Comment je comprends le mot d'hystérie » (Bulletin médical, 30 mars 1907).

— Émotion, suggestion et hystérie (Communication à la Société de Neurologie, 4 juillet 1907).

— Sur la définition de l'hystérie (Congrès de Lausanne, août 1907).

— Instabilité hystérique (pithiatique) des membres et du tronc (Société de Neurologie, 5 mai 1908).

Bernheim. — Anesthésie hystérique et son mécanisme psychique (Revue de Médecine, mars 1901).

— Conception nouvelle et étiologie de l'hystérie (Bulletin médical, 8 novembre 1902).

— Comment je comprends le mot d'hystérie (Bulletin médical, n° 16, 1907).

Blocq. — Sur une affection caractérisée par l'astasie-abasie (Archives de Neurologie, 1888).

Bœri (de Naples). — Recherches sur les névroses traumatiques (XVIe Congrès de Médecine interne, 1906).

BRISSAUD et SICARD, — Hystérie et troubles trophiques, simulation (Communication à la Société de Neurologie, 4 juillet 1907).

BRISSAUD, — Des troubles nerveux post-traumatiques (Revue clinique médico-chirurgicale, 1er juin 1909, n° 6).

CHARCOT. — Hystérie (Leçons sur le système nerveux faites à la Salpêtrière. Recueillies et publiées par Bourneville).

— De l'isolement dans le traitement de l'hystérie (Leçon recueillie par Gilles de la Tourette. Progrès médical. 28 février 1885).

CHAUFFARD. — Lésions organiques ou troubles fonctionnels. A propos d'un cas d'astasie-abasie (Gazette des Hôpitaux, 14 avril 1903).

CLAUDE. — Sur la nature de l'hystérie (Rapport fait au XVIIe Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. Genève, 1er au 7 août 1907).

DÉJERINE. — Le Traitement des psychonévroses à l'hôpital par la méthode de l'isolement.

— Les Manifestations fonctionnelles des psychonévroses, leur traitement par la psychothérapie.

DUTIL. — Hystérie (Traité de Médecine de Bouchard et Brissaud, vol. VI).

DÉBOVE. — Sciatique hystérique (Journal de Médecine et Chirurgie pratique, 10 janvier 1904).

FORGUE et JEANBRAU. — Névroses traumatiques. P. M. C.

GILLES DE LA TOURETTE. — Traité de l'hystérie, t. I.

GILLES DE LA TOURETTE et CASNE. — Traité de Brouardel et Gilbert, t. X.

GRASSET. — Les Psychonévroses de guerre (Presse médicale, 1er avril 1915).

HUGGE. — Du traitement de la chorée hystérique par l'immobilisation (Nord médical, 1er août 1901).

KLIPPEL. — Les Limites de l'hystéro-traumatisme (Paris médical, 4 octobre 1913).

LEVY. — Traitement psychique de l'hystérie. La rééducation (Presse médicale, 1903, p. 333-373).

Manto. — Sur le traitement de l'hystérie à l'hôpital. Thèse de Paris, 1899.

Marfan. — Paraplégie hystérique ou astasie-abasie (Bulletin médical, 1896, n° 19).

Marie (Pierre). — Pratique neurologique.

Pagniez et Camus. — Isolement et psychothérapie.

Poitevin. — De l'avenir de l'hystéro-traumatisme. Thèse de Paris, 21 juin 1906.

Raymond. — Astasie-abasie hystérique (Bulletin médical, 31 mai 1902).

— Hystéro-traumatisme (Journal de Médecine et Chirurgie pratique, 10 octobre 1902).

— Hémiplégie organique et hémiplégie hystérique, 15 octobre 1902.

— Tremblement hystérique (Journal de Médecine et Chirurgie pratique, 10 juin 1904).

— Déformation du rachis par contracture hystérique.

Roussy. — A propos de quelques troubles nerveux psychiques observés à l'occasion de la guerre. Hystérie. Hystéro-traumatisme. Simulation (Presse médicale, 8 avril 1915).

— Troubles nerveux psychiques de guerre. A propos d'un récent article du professeur Grasset (Presse médicale, 29 avril 1915).

Schnyder (de Berne). — Sur la nature de l'hystérie (Rapport fait au Congrès de Genève et Lausanne de 1907).

Société de Neurologie de Paris. Séance consacrée à l'étude des troubles nerveux fonctionnels observés chez les soldats, 18 février 1915.

Sollier. — L'Hystérie et son traitement, 1901.

Imp. de la Faculté de Méd., Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris — 2906-15